



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Psicología

Coordinación de estudios de Posgrado

“Sintomatología depresiva y ansiosa en una mujer joven desde la Psicoterapia Gestalt: un estudio de caso”.

Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología Clínica Especializada.

Presenta:

Miriam Columba Pérez

Directora:

Mtra. Ithzel Liliana Fernández Montaña

Codirectora:

Dra. Belem Medina Pacheco.

Revisoras técnicas:

Dra. María Inés Gómez Del Campo Del Paso.

Dra. Silvia Yunuén Castro Ochoa.

Mtra. Tamara Melina Villar Zepeda.

Morelia, Michoacán.

Noviembre 2025

Contenido

Resumen /abstract	4
Introducción.....	6
Objetivos de la investigación	8
Planteamiento del problema.....	9
Hipótesis (supuestos).....	10
Justificación.....	11
Capítulo 1. marco teórico	14
1.1 Origen y desarrollo de la psicoterapia gestalt.....	14
1.2 Principios de la psicoterapia gestalt.	18
1.3 Técnicas de intervención.....	23
1.4 El terapeuta gestáltico	25
1.5 Intervención dentro de la psicoterapia gestalt.	26
1.6 Definición de depresión y ansiedad desde la psicoterapia gestalt.	27
1.7 Causas de la depresión.....	30
1.8 Tratamiento de la depresión.	32
1.9 Definición de ansiedad	34
1.10 Causas de la ansiedad	36
1.11 Tratamiento.....	37
1.12 Ciclo de la experiencia- bloqueos, frases, mensajes y actitudes.....	39
1.13 Definición de la ansiedad y el ciclo de la experiencia.....	51
1.14 Técnicas	55
1.15 Definición de depresión y el ciclo de la experiencia.	56
Capítulo 2 método	57
2.1 Método	57
2.2 Estudio de caso.....	59
Capítulo 3. análisis del caso.....	61
3.1 Presentación del caso	61
3.Motivo de consulta	63
3.3 Ficha de identificación	65

Historia clínica	66
3.4 Antecedentes de la paciente e historia del padecimiento actual	67
3.5 Historia de desarrollo	68
3.6 Historia social	69
3.7 Historia familiar.....	70
3.8 Problemas psicosociales y ambientales.....	70
3.9 Diagnóstico.....	71
3.10 Descripción del tratamiento	72
Ejes de investigación.....	73
Eje 1: vínculo familiar	73
Eje 2: expresión de emociones.	82
Eje 3 vida social.	87
Eje 4 relación de pareja.....	91
Capítulo 4 conclusiones	95
4.1 Limitaciones y sugerencias	99
Referencias	100
Anexo 1 consentimiento informado	105
Anexo 2 manual para la elaboración del expediente clínico.....	108
Anexo 3 ficha de identificación	110
Anexo 4 historia clínica	112
Anexo 5 evaluación psicológica o psicodiagnóstico	120
Anexo 6 inventario de depresión de beck	125
Anexo 7 test de codependencia de aura medina de witt.....	129
Anexo 8 htp	131
Anexo 9 dictamen comité de ética.....	134
Anexo 10 antiplagio documento 1.....	136
Anexo 11 antiplagio documento 2.....	138

Contenido

Figura 1.....	20
Tabla 1.....	30
Figura 2.....	39
Figura 3.....	40
Fig. 4.....	54
Figura 5.....	57
Figura 6.....	65
Tabla 2.....	73

Resumen /Abstract

El presente trabajo corresponde a un estudio de caso realizado con el propósito de obtener el grado de Maestra en Psicología Clínica Especializada, área Gestalt. El objetivo fue analizar la manifestación y modificación de la sintomatología depresiva y ansiosa de una joven universitaria de 19 años durante una intervención psicoterapéutica desde la perspectiva de la Psicoterapia Gestalt. La paciente, cursa actualmente el segundo año de la Licenciatura en Psicología en la Unidad Profesional de Ciudad Hidalgo de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH). El diagnóstico psiquiátrico recibido es binomio depresión-ansiedad.

Es una investigación cualitativa donde se utilizó la entrevista semiestructurada, la observación participante y los registros de sesiones, el análisis del discurso como técnica de recolección de datos para analizar la información. Se llevaron a cabo 49 sesiones psicoterapéuticas en las que se identificaron y trabajaron distintos temas relacionados con la sintomatología depresiva y ansiosa, tales como duelos, violencia en relaciones previas, abandono y rechazo por parte de los progenitores, autoexigencia, dificultad para expresar emociones, codependencia, desequilibrio en la estructura familiar y abuso sexual. Así mismo, se describieron las vivencias de la paciente en las diferentes fases del ciclo de la experiencia Gestalt, los bloqueos a manera de mecanismos de defensa más empleados en su sintomatología depresiva y ansiosa, así como los cambios a partir del tratamiento.

Los mecanismos de defensa observados desde la depresión fueron la desensibilización, la introyección y la proyección; mientras que, desde la ansiedad, se identificaron la deflexión y la retroflexión. Dichos mecanismos se analizaron a partir de cuatro ejes de investigación: vínculos familiares, expresión emocional, vida social (amistades) y relación de pareja.

Finalmente, se observó que la Psicoterapia Gestalt ofrece herramientas efectivas para la atención de la sintomatología depresiva y ansiosa, favoreciendo la toma de conciencia, la integración emocional y el crecimiento personal de la paciente.

Palabras clave: ansiedad, depresión, universitaria, psicoterapia, Gestalt.

The present work corresponds to a case study carried out with the purpose of obtaining the degree of Master in Specialized Clinical Psychology, Gestalt area. The objective was to analyze the manifestation and modification of depressive and anxious symptomatology in a 19-year-old university student during a psychotherapeutic intervention from the perspective of Gestalt Psychotherapy. The patient is currently in her second year of the Bachelor's Degree in Psychology at the Professional Unit of Ciudad Hidalgo of the Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH). The psychiatric diagnosis received is a depression-anxiety binomial.

It is a qualitative research where semi-structured interview, participant observation and session recordings were used, discourse analysis as a data collection technique to analyze the information. There were 49 psychotherapeutic sessions in which different themes related to depressive and anxious symptomatology were identified and worked on, such as duels, violence in previous relationships, abandonment and rejection by the parents, self-demand, difficulty in expressing emotions, codependency, imbalance in family structure and sexual abuse. Likewise, the patient's experiences in the different phases of the Gestalt experience cycle, the blockages as defense mechanisms most used in her depressive and anxious symptomatology, as well as changes from treatment were described.

The defense mechanisms observed in depression were desensitization, introjection, and projection; while in anxiety, deflection and retroflexion were identified. These mechanisms

were analyzed based on four research axes: family ties, emotional expression, social life (friendships), and romantic relationships.

Finally, it will be observed that Gestalt Psychotherapy offers effective tools for addressing depressive and anxiety symptoms, promoting awareness, emotional integration, and personal growth for the patient.

Keywords: anxiety, depression, university, psychotherapy, Gestalt.

Introducción.

La depresión y la ansiedad se encuentran entre los trastornos psicológicos más prevalentes a nivel mundial, afectando de manera significativa la salud pública, el bienestar emocional y el funcionamiento diario de quienes los padecen. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), más de 280 millones de personas viven con depresión, mientras que los trastornos de ansiedad afectan a aproximadamente 301 millones. En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2023) reporta que cerca de 35 millones de personas han experimentado al menos un episodio depresivo en su vida, y la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (INEGI, 2021) indica que el 19.3 % de la población adulta presenta ansiedad severa, mientras que el 31.3 % manifiesta ansiedad mínima o moderada.

La depresión se caracteriza por la pérdida de interés en actividades cotidianas, disminución del bienestar general y dificultades para mantener relaciones sociales o cumplir con responsabilidades académicas y laborales. Por su parte, la ansiedad es una respuesta adaptativa ante situaciones de estrés o peligro, pero cuando se vuelve crónica puede interferir de manera significativa en el funcionamiento diario, manifestándose a través de síntomas físicos como taquicardia, sudoración excesiva y sensación de falta de aire (OMS, 2023).

Estos trastornos se intensificaron tras la pandemia por COVID-19, debido a factores como el confinamiento, la incertidumbre sanitaria, la pérdida de seres queridos y la interrupción de actividades académicas y sociales. Entre los jóvenes universitarios, los llamados ansiógenos educativos —sobrecarga académica, presión por el rendimiento y falta de claridad profesional— se han relacionado estrechamente con niveles elevados de depresión y ansiedad (García Hernández et al., 2024). Esto evidencia la necesidad de comprender no solo los síntomas clínicos, sino también la experiencia subjetiva de los individuos, considerando su contexto académico y social.

Si bien la depresión y la ansiedad ya eran problemáticas relevantes antes de la pandemia, el confinamiento actuó como un factor intensificador de síntomas, en muchos casos latentes o no diagnosticados. Los jóvenes que ya presentaban predisposición a estos padecimientos vieron limitadas sus oportunidades de afrontamiento, lo cual agudizó los sentimientos de soledad, desesperanza, inseguridad y desmotivación.

Desde la perspectiva clínica, resulta fundamental analizar estos fenómenos con herramientas teóricas y metodológicas que permitan comprender cómo se experimentan y se sostienen los síntomas en la vida cotidiana. En este sentido, la Psicoterapia Gestalt ofrece un marco integrador y vivencial para explorar la depresión y la ansiedad no solo como diagnósticos clínicos, sino también como experiencias humanas que se manifiestan en la relación con el entorno y en la manera en que se organiza el contacto con uno mismo y con los demás. A través del ciclo de la experiencia, la Gestalt permite identificar cómo las fases de sensación, movilización, acción y contacto pueden verse interrumpidas por mecanismos de defensa que bloquean la autorregulación y generan malestar psicológico.

Dado que la depresión y la ansiedad se manifiestan de manera única en cada individuo, el presente trabajo se centra en un estudio de caso de una mujer universitaria de 19 años, con el fin de explorar cómo se presentan, se sostienen y se modifican los síntomas desde

la perspectiva de la Psicoterapia Gestalt. En la investigación la técnica empleada de forma principal fue el estudio de caso único, mediante un enfoque cualitativo, utilizando la entrevista semiestructurada, la observación participante y los registros de sesiones, el análisis del discurso para interpretar la información por medio de categorías de análisis. La intervención psicoterapéutica se desarrolló en el periodo comprendido entre noviembre de 2023 y mayo de 2025, lo que permitió observar los cambios en la sintomatología depresiva y ansiosa de la paciente a lo largo del tratamiento.

Objetivos de la investigación

General:

- Analizar la manifestación y modificación de la sintomatología depresiva y ansiosa de una joven universitaria de 19 años durante una intervención psicoterapéutica desde la perspectiva de la Psicoterapia Gestalt.

Específicos:

1. Revisar el sustento teórico de la Psicoterapia Gestalt como base conceptual para la comprensión de los procesos de cambio en el individuo, con énfasis en su relación con la depresión y la ansiedad.
2. Examinar la relación entre el ciclo de la experiencia y la aparición de la sintomatología depresiva y ansiosa, identificando los bloqueos o interrupciones del contacto implicados.
3. Describir el diseño metodológico del estudio de caso, especificando las características de la participante, el contexto de intervención y los aspectos éticos del proceso psicoterapéutico.

4. Analizar la información obtenida mediante las grabaciones y reportes de las sesiones psicoterapéuticas, con el propósito de identificar los cambios en la sintomatología depresiva y ansiosa, a lo largo del proceso de intervención Gestalt, así como la efectividad del tratamiento.

Planteamiento del problema

La población universitaria joven es particularmente vulnerable debido a la etapa de transición vital que atraviesa y a las múltiples demandas académicas, sociales y personales. Las mujeres jóvenes, en particular, presentan mayores niveles de vulnerabilidad emocional y estrés académico (ENSANUT, 2021)

A nivel estatal, la Secretaría de Salud de Michoacán (SSaM, 2024) reportó que más de dos mil personas recibieron atención mediante líneas telefónicas de apoyo psicológico; de estas, el 51.97 % correspondió a casos relacionados con ansiedad y el 12.05 % a depresión. Además, el 54.2 % de las atenciones se concentró en el grupo etario de 18 a 40 años, lo que evidencia que los jóvenes adultos constituyen un grupo particularmente vulnerable.

En el contexto local de Morelia, Michoacán, se ha registrado un aumento en la demanda de atención psicológica tanto en consultorios privados como en servicios universitarios, especialmente en jóvenes que presentan síntomas relacionados con depresión y ansiedad.

A pesar de la relevancia de estos trastornos, la mayoría de los estudios ha priorizado enfoques cognitivo-conductuales o biomédicos, dejando un vacío respecto a la comprensión fenomenológica y vivencial de la depresión y la ansiedad desde la Psicoterapia Gestalt. Este enfoque permite analizar cómo los individuos experimentan, sostienen y modifican sus síntomas a través de la autorregulación y del contacto consigo mismos y con su entorno.

Además, la Psicoterapia Gestalt ofrece un enfoque humanista centrado en la toma de conciencia, la responsabilidad personal y el contacto con el presente, lo que la convierte en una alternativa terapéutica relevante para la comprensión y tratamiento de la depresión y la ansiedad. No obstante, pese a la evidencia teórica de su efectividad, aún es necesario profundizar en estudios empíricos que ilustren cómo este enfoque facilita procesos de cambio en casos particulares, considerando la singularidad de la experiencia vivida por cada persona.

Explorar este proceso mediante un estudio de caso permite comprender los mecanismos de bloqueo y defensa implicados, así como observar los cambios en la sintomatología depresiva y ansiosa durante una intervención psicoterapéutica. Además, el estudio aporta evidencia empírica sobre la efectividad de la Psicoterapia Gestalt en jóvenes universitarios, fortaleciendo el conocimiento clínico y académico en este campo.

Con base en lo anterior, los supuestos y la pregunta de investigación son los siguientes:

Hipótesis (supuestos)

1. La intervención psicoterapéutica desde la perspectiva de la Psicoterapia Gestalt constituye un enfoque efectivo para analizar y modificar la sintomatología depresiva y ansiosa en una joven universitaria de 19 años, promoviendo la toma de conciencia, la autorregulación y la integración emocional.
2. La descripción detallada del diseño metodológico incluyendo las características de la participante, el contexto de intervención y los aspectos éticos garantiza la validez y rigor del estudio de caso, asegurando una comprensión profunda y contextualizada del proceso psicoterapéutico.

3. La identificación de los mecanismos de defensa y de las interrupciones en el ciclo de la experiencia permite comprender la manifestación y mantenimiento de la sintomatología depresiva y ansiosa, y favorece la eficacia del proceso terapéutico desde la Psicoterapia Gestalt.
4. El proceso terapéutico gestáltico facilita el reconocimiento y la transformación de los patrones de contacto con uno mismo y con los demás, lo que se traduce en cambios significativos en la expresión y vivencia de la sintomatología depresiva y ansiosa a lo largo de la intervención.

¿Cómo se manifiestan y modifican los síntomas de depresión y ansiedad en una joven universitaria de 19 años durante una intervención psicoterapéutica desde la perspectiva de la Psicoterapia Gestalt?

Justificación

La presente investigación se justifica por la relevancia social, académica y clínica de la depresión y la ansiedad en jóvenes universitarios, problemáticas que han mostrado un incremento sostenido en los últimos años, particularmente en mujeres jóvenes, debido a la transición vital que atraviesan y las múltiples demandas académicas, sociales y personales que enfrentan (ENSANUT, 2021; García Hernández et al., 2024). Comprender estos fenómenos resulta fundamental, dado que afectan de manera significativa el bienestar psicológico, el rendimiento académico y la calidad de vida de los estudiantes.

Desde el ámbito académico, este estudio aporta evidencia sobre la manera en que se manifiestan la depresión y la ansiedad en jóvenes universitarios desde la perspectiva de la Psicoterapia Gestalt, un marco teórico menos explorado en comparación con los modelos cognitivo-conductuales o médicos. Este enfoque humanista permite analizar la experiencia subjetiva del individuo, los mecanismos de defensa implicados y las fases del ciclo de la

experiencia, lo que ofrece un conocimiento más integral del proceso terapéutico y sus efectos.

En el plano social, la investigación resulta relevante debido a que la depresión y la ansiedad en la población universitaria representan problemáticas crecientes que afectan el rendimiento académico, las relaciones interpersonales y el bienestar general. Por ello, este trabajo puede contribuir a orientar estrategias de acompañamiento psicológico, prevención y promoción de la salud mental en contextos educativos.

Metodológicamente, el estudio de caso permite una comprensión profunda y detallada de la sintomatología depresiva y ansiosa en un contexto real, observando tanto la manifestación de los síntomas como los cambios que se producen durante la intervención psicoterapéutica. Esta aproximación contribuye a cerrar el vacío existente en la literatura sobre la eficacia de la Psicoterapia Gestalt en jóvenes universitarios y ofrece elementos prácticos para la intervención clínica.

En términos académicos y clínicos, la investigación enriquece el debate teórico y práctico sobre los abordajes terapéuticos de la depresión y la ansiedad en población universitaria, generando información útil para psicólogos clínicos, docentes y responsables de programas de salud mental.

En síntesis, la justificación de este estudio se sustenta en su aportación científica, social y clínica: proporciona evidencia empírica sobre la aplicación de la Psicoterapia Gestalt en jóvenes universitarios con depresión y ansiedad, ofrece herramientas prácticas para la intervención clínica y contribuye al conocimiento académico sobre la vivencia subjetiva de estos trastornos en un contexto universitario.

La presente investigación se estructura de la siguiente manera:

- En el Capítulo I, se desarrolla el marco teórico, incluyendo una revisión bibliográfica sobre la Psicoterapia Gestalt como base conceptual, así como su vinculación con la depresión y la ansiedad dentro del ciclo de la experiencia.
- El Capítulo II describe el método utilizado, correspondiente a un estudio de caso con enfoque cualitativo, detallando la participante, el contexto de intervención, las herramientas de recolección de información (grabaciones y reportes de sesiones), el consentimiento informado y los aspectos éticos relacionados con la confidencialidad.
- En el Capítulo III, se presentan los resultados y análisis del caso, incluyendo la historia clínica, los motivos de consulta, el desarrollo del proceso psicoterapéutico y la evaluación mediante viñetas clínicas, contrastando los hallazgos con el marco teórico.
- Finalmente, el Capítulo IV comprende las conclusiones generales, las limitaciones del estudio, las sugerencias para futuras investigaciones, así como las referencias y apéndices correspondientes.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

1.1 Origen y desarrollo de la Psicoterapia Gestalt

Comprender el origen y desarrollo de la Psicoterapia Gestalt resulta esencial para reconocer el propósito que dio lugar al surgimiento de esta corriente psicológica. La Psicoterapia Gestalt se consolidó como la denominada tercera fuerza dentro de la psicología, posterior al psicoanálisis y al conductismo, durante las décadas de 1930 y 1940. En aquel entonces, la psicología se centraba en el estudio del inconsciente o en la conducta observable de las personas. La Gestalt, en cambio, emergió como una respuesta a la necesidad de atender los procesos humanos desde la experiencia inmediata, el “aquí y ahora” y la vivencia subjetiva de cada individuo ante una misma situación.

Salama (2008) señala que varios de los conceptos fundamentales que integran la Psicoterapia Gestalt provienen del existencialismo, corriente filosófica que resalta la importancia del ser y la experiencia presente. Antes del surgimiento de esta filosofía, predominaba el racionalismo de Descartes, que postulaba que todo fenómeno debía ser explicado mediante la razón. El existencialismo surge como una oposición a esta visión, proponiendo que la vida no debe ser explicada, sino vivida; es decir, la experiencia se convierte en el eje central del ser.

Esta experiencia, única y singular para cada persona, permite que, aun en situaciones similares, cada individuo las viva de manera distinta. Kierkegaard (como se citó en Yaqui, 2012) destacó la libertad de elección como una expresión de autenticidad, invitando al ser humano a salir de la zona de confort y aventurarse hacia lo desconocido, aunque ello implique incertidumbre. Para este autor, el acto de elegir se convierte en una afirmación de la existencia misma: dejar los “deberías” y optar por los “quiero”, liberándose de los mandatos interiorizados.

Por su parte, Yaqui (2012), al retomar el pensamiento de Heidegger, explica:

“El ser arrojado tiene otro aspecto a subrayar. No elegimos las condiciones en las que llegamos al intuido (la época en la que nacimos, el país, la condición socioeconómica o la familia en la que nos tocó); tampoco elegimos las condiciones básicas del existir (como, por ejemplo, el hecho de que nuestra existencia es finita). Pero dentro de estas fronteras, que hasta cierto punto limitan nuestra libertad, tenemos un sinfín de posibilidades ante las que tenemos que elegir” (pp. 184–185).

Heidegger (1997) recuerda que, dentro de estas posibilidades, el ser humano no puede escapar al acto de elegir, ya que incluso la no elección constituye una elección en sí misma. En el proceso psicoterapéutico, desde el momento en que una persona decide asistir a terapia, ya está ejerciendo su libertad; y, durante el tratamiento, continúa eligiendo, incluso cuando opta por no abordar ciertos temas. Aunque el pasado no puede modificarse, el individuo tiene la posibilidad de elegir cómo habitar el presente y desde qué lugar desea experimentar su vida.

Jaspers (2008, como se citó en Salama, 2008) sostiene que la libertad del ser consiste en ser uno mismo, sin la necesidad de actuar de acuerdo con lo que no se es. La verdadera libertad radica en la fidelidad a los propios valores, los cuales surgen desde el interior y permiten la trascendencia personal. Marcel (1995, como se citó en Blázquez, s. f.) enfatiza la importancia del ser por encima del deber o del tener, señalando que el ser constituye un misterio que solo puede comprenderse a través de la experiencia personal.

Según Salama (2008), la Psicoterapia Gestalt adopta del existencialismo varios principios fundamentales:

- La existencia humana se considera una actualidad absoluta; no es algo estático ni determinado, sino que se crea continuamente en un proceso de re-creación.
- El ser humano está esencial e íntimamente vinculado con el mundo y, especialmente, con los demás. No se concibe de forma separada, sino como un ser interdependiente.
- Rechaza la distinción entre *sujeto y objeto*, visualizándolos como un todo integrado, lo que da origen a su visión holística.
- No privilegia el aspecto intelectual de la filosofía, pues el conocimiento verdadero se alcanza al vivir la realidad.
- Promueve la conciencia continua, poniendo énfasis en lo que ocurre en el “aquí y ahora”.
- Considera fundamental el encuentro existencial *Yo-Tú* de Buber, en el cual el terapeuta acompaña al otro de manera genuina, permitiéndole ser quien realmente es.
- Valora la vivencia directa de la experiencia como medio para lograr un aprendizaje significativo, partiendo de la premisa de que las personas aprenden al experimentar.
- En la práctica terapéutica, se evita hablar “acerca de” los problemas, favoreciendo el contacto directo con la experiencia.

Salama (2008) también identifica la influencia de la filosofía budista en las bases de la Psicoterapia Gestalt, la cual concibe al ser humano como parte de un proceso continuo de transformación. Esta perspectiva fomenta la aceptación de la realidad, la atención plena, la meditación y la observación sin juicio, elementos que ayudan a mantener una presencia consciente en cada momento.

La Psicoterapia Gestalt retoma del budismo principios como:

- Comprender la realidad tal cual es, sin dividirla ni analizarla, captándola en su totalidad.
- Reconoce que todo el universo —y la existencia misma— se compone de polaridades.
- Vivir en el “aquí y ahora”.
- Desarrollar el darse cuenta (awareness), caracterizado por el contacto, la excitación y la formación de una gestalt.
- Buscar el equilibrio como un proceso dinámico de movimiento constante.
- Permitir el fluir natural de los procesos sin imponer resistencias.

De esta manera, la Psicoterapia Gestalt integra estas influencias filosóficas y espirituales, concibiendo al ser humano como un todo interconectado y responsable de su propia existencia.

En el plano psicológico, Salama (2008) menciona que la Psicología de la Gestalt se originó en 1912 con los trabajos de Wertheimer, Köhler y Koffka, quienes realizaron experimentos sobre percepción que dieron origen a conceptos clave de la psicología moderna. A partir de estos estudios surgió el término insight, entendido como el momento de comprensión que genera una nueva conducta luego del aprendizaje.

La Psicología Gestalt también es conocida como teoría de campo, ya que considera que la conducta se produce en un entorno que funciona como un sistema dinámico de fuerzas y tensiones, donde la figura se distingue del fondo.

La Psicoterapia Gestalt, como enfoque clínico, se desarrolló posteriormente gracias a Frederick Perls, psicoanalista alemán de origen judío. De acuerdo con Burga (1981), Perls trabajó junto con Kurt Goldstein y Wilhelm Reich antes de emigrar a Sudáfrica debido a la

Segunda Guerra Mundial. Las raíces de la Psicoterapia Gestalt se encuentran, por tanto, en el psicoanálisis, la psicología de la Gestalt y la filosofía existencial europea.

Asimismo, Picó (2014) destaca la participación de Laura Perls, doctora en psicología Gestalt y estudiosa de la percepción, junto con Paul Goodman. Junto a Frederick Perls, en 1952 publicaron el libro *Yo, hambre y agresión*, considerado el primer texto fundamental sobre la Psicoterapia Gestalt y base teórica del enfoque contemporáneo.

1.2 Principios de la psicoterapia Gestalt.

Los principios que se presentan a continuación son los que caracterizan a la Psicoterapia Gestalt y la distinguen de otras psicoterapias. Como menciona Perls (2020, citado en Ayala y Rodríguez), existen tres pilares básicos en la Psicoterapia Gestalt: el darse cuenta, el aquí y ahora y la responsabilidad, los cuales construyen y acompañan el proceso terapéutico en todo momento.

Darse cuenta. Es el principio general de la terapia. Según Peñarrubia (2008), el darse cuenta es “el proceso de restauración de la salud, entendiendo que la neurosis es un oscurecimiento de la capacidad de percibir”. En este proceso se distinguen tres zonas: la interna, la externa y la intermedia.

La zona interna abarca lo que ocurre de la piel hacia adentro, es decir, sentimientos, emociones y sensaciones físicas. La zona externa corresponde al mundo que nos rodea, aquello que otra persona podría describir de igual manera, lo que también percibe el otro. Finalmente, la zona intermedia comprende la actividad mental: explicar, imaginar, planificar, recordar o pensar en el futuro; actividades que impiden el contacto entre lo interno y lo externo. Estar centrado en recuerdos o preocupaciones futuras desconecta del aquí y el ahora, inhibiendo así el contacto.

Aquí y ahora. Si existe una situación del pasado o del futuro, es necesario enfocarse en cómo dicha situación afecta o interviene en el presente, hablándose siempre en primera persona. Por ejemplo: “yo pienso”, “yo recuerdo”, “yo ahora”.

Responsabilidad. Se refiere a que cada persona es responsable de sí misma. Si bien es importante reconocer el ambiente en el que se desenvuelve y los introyectos adquiridos, siempre existe la posibilidad de asumir la responsabilidad y responder de manera diferente ante las situaciones. Este principio impulsa a que la persona descubra y reconozca sus necesidades, y elija aquello que contribuya a su bienestar, de acuerdo con sus intereses y posibilidades.

Castanedo (2008) comenta que este tipo de psicoterapia busca que el consultante pueda darse cuenta de lo que ocurre dentro de sí y a su alrededor. En un principio, su fundador Frederick Perls la denominó Terapia del Darse Cuenta y, posteriormente, Terapia de la Concentración. El término Gestalt significa totalidad, figura y fondo; esto implica que todo fenómeno debe analizarse desde su totalidad. En una persona, por ejemplo, se deben considerar sus aspectos físicos, sociales, emocionales, mentales y espirituales, si uno de ellos se ve afectado, los demás también lo estarán en cierta medida.

El concepto de figura-fondo permite diferenciar y enfocar la atención. En un paisaje, si se observa un árbol, este se convierte en la figura, mientras que el entorno constituye el fondo. Si luego se amplía la mirada al paisaje completo, este pasa a ser la figura y el árbol, el fondo. De igual modo, cuando un paciente presenta un síntoma específico, este se convierte en la figura, pero existe un fondo que lo origina. El terapeuta Gestalt debe identificar ambos elementos mediante sus herramientas y técnicas dentro del proceso psicoterapéutico.

De acuerdo con Salama (2008), otro de los grandes principios de la terapia Gestalt es el Ciclo de la Experiencia, también conocido como el ciclo de autorregulación.

Según Martín (2008), Perls, Goodman y Hefferline (1951) fueron los primeros en describir las etapas del proceso de contacto-retirada o ciclo de excitación, en el que el individuo se involucra cuando satisface sus necesidades. El ciclo de la experiencia inicia cuando surge una necesidad en el ser humano y describe paso a paso lo que ocurre en cada etapa. Cuando la necesidad se satisface, la figura se completa y pasa al fondo, permitiendo que emerja una nueva. Si el ciclo no se completa, la experiencia queda inconclusa, lo que puede generar conflicto; dicha figura inconclusa puede reaparecer posteriormente en distintos escenarios.

Por ejemplo: una persona está leyendo un libro tranquilamente en su habitación; afuera llueve. En ese momento, la figura es el libro y todo a su alrededor es el fondo, incluido su propio cuerpo. A medida que avanza en la lectura, siente el deseo de una taza de café caliente. Su boca se convierte en la figura, pues ha surgido una nueva necesidad. El libro pasa al fondo y la persona imagina la taza de café, se levanta, va a la cocina, prepara la bebida y, al satisfacer su necesidad, la figura se completa. Luego puede retomar la lectura, volviendo está a ser la figura. A esto se le llama *gestalten* completas y fuertes.

Salama (2008) describe las siguientes fases del ciclo de la experiencia:

Figura 1.

Fases del ciclo de la experiencia

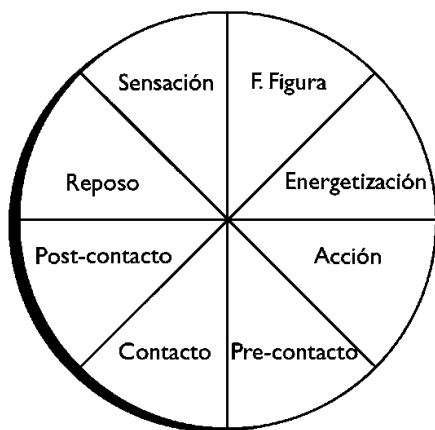


Figura I

Adaptado de Manual del test de psicodiagnóstico Gestalt, de Salama (2008).

Reposo: Representa el equilibrio y punto de inicio de una nueva experiencia. Esta fase se conecta con la necesidad actual, con lo que está presente en el aquí y ahora.

Sensación: Se expresa de forma física, como una necesidad de dormir, comer o emociones como enojo o tristeza. Implica darse cuenta de lo que se siente.

Formación de la figura: En esta fase, la persona identifica su necesidad a satisfacer; le da nombre a la sensación y adquiere claridad sobre ella.

Energetización: Se acumula la energía necesaria para ir hacia la satisfacción de la necesidad; esta energía impulsa la acción y la conexión con la fantasía y la imaginación.

Acción: La energía acumulada se moviliza hacia el exterior; el cuerpo se dirige a la fuente de satisfacción, dando el primer paso.

Precontacto: Se identifica el objeto o la relación hacia la cual se dirigirá el contacto.

Contacto: Se establece el contacto pleno; la persona experimenta placer y satisfacción ante la necesidad cubierta.

Postcontacto: Disminuye la energía, la necesidad se satisface y se regresa al reposo, asimilando la experiencia vivida.

El ciclo de la experiencia se divide en dos semiciclos:

Parte superior pasiva: El contacto ocurre de manera interna.

Parte inferior activa: La energía se dirige hacia el exterior.

El paciente acude a psicoterapia cuando percibe que su situación presente sobrepasa sus recursos personales, generando un conflicto interno y externo. Estas situaciones interrumpen el ciclo de la experiencia, dejándolo inconcluso y repitiéndose en distintos escenarios hasta poder completarlo o cerrar la gestalt.

Retomando a Salama (2008), se denomina bloqueos o mecanismos de defensa a las interrupciones que impiden que el paciente contacte con su necesidad. En muchos casos, el paciente no logra identificar cuál es su necesidad, dejando gestalten abiertas. El terapeuta determina en qué fase se ubica la energía y en cuál se presenta el bloqueo, para planificar un tratamiento adecuado.

Los ocho bloqueos o mecanismos de defensa, según Salama (2008), son los siguientes:

1. **Retención o postergación:** Se encuentra en la fase de reposo. Impide la asimilación y alienación de la experiencia; la persona posterga el disfrute y evita el descanso necesario para iniciar una nueva experiencia.
2. **Desensibilización:** Corresponde a la negación de la sensación; aunque esta exista, la persona no la acepta, la evita o la anula.
3. **Proyección:** Presente en la fase de formación de la figura. Consiste en atribuir al exterior lo que pertenece al propio sujeto, evitando asumir responsabilidad.

4. Introyección: Se sitúa en la fase de movilización de la energía. Implica la incorporación de ideas o creencias sin reflexión ni análisis; genera rigidez y poca flexibilidad.

5. Retroflexión: La persona se hace a sí misma lo que le gustaría hacer a otros; reprime emociones y se lastima sin notarlo.

6. Deflexión: Aparece en la fase de precontacto; la persona evita el contacto directo y desvía su energía hacia actividades menos significativas.

7. Confluencia: Ocurre en la fase de contacto. La persona no distingue límites entre sí misma y los demás, estableciendo un contacto excesivo y sin diferenciación.

8. Fijación: Se da en la fase de postcontacto. Consiste en no poder retirarse del contacto, intentando permanecer en la experiencia, ya sea por no haber satisfecho adecuadamente su necesidad o por rigidez ante el cierre.

1.3 Técnicas de Intervención

Dentro de la Psicoterapia Gestalt, existen intervenciones de manera individual, grupal y familiar, de las cuales se utilizan distintas técnicas que nombraremos algunas que mencionó Martín (2008).

Técnica del diálogo o silla vacía.

Consiste en poner a dialogar distintas partes que se oponen de la persona, poner aquellas que se niegan o rechazan, para trabajar polaridades. Como lo son el bueno y el malo, el triste y el alegre, el enojado y triste, valiente y cobarde. La paciente plática con dos partes, hasta que las integra y reconoce que ambas pertenecen a él o ella haciéndolas parte de su personalidad. También puede hacerse entre el diálogo del paciente y otra persona significativa, esto ayuda a tratar de comprender a la otra persona, esto da pie a una nueva perspectiva sobre la otra persona y la oportunidad de ser creativo en esa relación.

Hacer la ronda.

Cuando el terapeuta se da cuenta que el paciente expresa algo que es importante y significativo para el paciente, hace que se los diga a cada uno de los integrantes del grupo y agregue lo que va sintiendo. Esto da oportunidad de que el paciente experimente la expresión del sentimiento de diferente manera, es decir si lo dice de manera auténtica o no.

Asuntos pendientes.

Se trata de pensamientos y emociones no resueltos, que no han podido ser expresados y están reprimidos, porque no ha tenido la oportunidad de expresarlos. De igual manera se puede complementar con la técnica de la silla vacía. Puede utilizarse en duelos, para poder concluir con la historia que se mantuvo abierta.

Me hago responsable.

Cuando una persona expresa lo que siente y al final se le pide que agregue frases como: “me hago cargo de ello”, con esta frase el paciente deja de proyectar y buscar culpas en el exterior y que la persona se responsabilice de sus actos, es decir ser el protagonista, toma un papel activo.

Antítesis o juego de roles.

Por ejemplo, si un paciente, es tímido y le cuesta trabajo expresarse, el terapeuta le pedirá que se comporte como una persona que le guste que la vean, es decir más exhibicionista, es decir tratando de desarrollar el lado opuesto que parece que está oculto e inhibido, para que pueda ampliar sus recursos.

El ritmo contacto- retirada.

Se le pide al paciente, que cierre los ojos y a través de la fantasía se le pide que vaya a un lugar seguro, después de describirla, puede abrir los ojos e incorporarse a lo que estaba realizando, a través de esta el paciente recupera energías.

Exageración.

En ocasiones para expresarnos realizamos ademanes sin darnos cuenta, en esta técnica se le pide al paciente que exagera ese ademán, ese movimiento, para llegar al origen. O si expresa de manera verbal una frase, se le pide que la repita varias veces, si es necesario le pediremos que lo diga gritando, para que pueda escucharse a sí mismo.

1.4 El terapeuta Gestáltico

De acuerdo con Fagan y Shepherd (2005), el terapeuta gestáltico debe poseer ciertas características que le permitan acompañar adecuadamente el proceso del paciente. Principalmente, debe respetar cualquier experiencia que el paciente exprese, evitando emitir juicios de valor. De esta manera, previene caer en manipulaciones, ayudas inadecuadas, juicios, imposición de deberes u ofrecer explicaciones fuera de momento.

Entre las cualidades esenciales se encuentran las siguientes:

Pautamiento.

El terapeuta debe ser capaz de reconocer síntomas, movimientos o tonos de voz que aporten información relevante sobre el paciente, especialmente aquellos datos no verbales expresados a través del lenguaje corporal.

Control.

Implica que el terapeuta facilite un proceso donde el paciente se comprometa a seguir los pasos del tratamiento y participe activamente. Si el paciente no colabora, el control del proceso se pierde y el avance terapéutico se ve limitado.

Potencia.

El terapeuta necesita contar con un sólido conocimiento teórico y práctico para apoyar al paciente mediante técnicas, procedimientos, juegos y dinámicas adecuadas. En caso de reconocer que no puede continuar trabajando con un paciente, debe actuar con honestidad profesional y referirlo.

Humanidad.

El terapeuta gestáltico debe explorar su propia vida y emociones para identificar cómo su presencia puede contribuir significativamente al desarrollo del paciente. Esto implica considerar los aspectos afectivos y emocionales en la búsqueda de su bienestar integral.

Compromiso.

Se refiere al compromiso ético y profesional del terapeuta, que incluye la capacitación constante, el desarrollo personal y la práctica investigativa. En caso de no ejercer clínicamente, puede dedicarse a la docencia o a la investigación, manteniendo así su crecimiento dentro del campo de la Psicoterapia Gestalt.

1.5 Intervención dentro de la Psicoterapia Gestalt.

Dentro de las diferentes maneras de intervenir a través de la psicoterapia Gestalt, Según Peñarrubia (2008) la primera de ellas está relacionado con los sueños:

“La elaboración de los sueños es una de las intervenciones más frecuentes y originales de la terapia gestalt” (p. 72).

En la perspectiva gestáltica, los sueños se consideran reveladores, ya que manifiestan vacíos o aspectos no integrados de la personalidad. El objetivo no es interpretarlos, sino vivenciarlos, pues cada elemento que aparece en ellos representa una parte del propio paciente, reconocida o negada, que puede ser integrada posteriormente. El sueño se

explora como si fuera una obra teatral en la que cada personaje y elemento simboliza una faceta del sí mismo que busca completarse.

Asimismo, la intervención puede realizarse tanto de manera individual como grupal, utilizando las técnicas previamente mencionadas. No se puede afirmar que un tipo de intervención sea superior al otro, ya que su efectividad dependerá del paciente, su nivel de conciencia y su disposición a trabajar en su propio proceso terapéutico.

1.6 Definición de depresión y ansiedad desde la psicoterapia Gestalt.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) define la depresión como:

“un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (párr. 1).

La depresión es una condición incapacitante que interfiere con la vida cotidiana, las relaciones familiares y laborales, y en casos severos puede llevar al suicidio. Aunque suele percibirse como un padecimiento que afecta solo a algunas personas, en realidad es una experiencia ampliamente extendida y socialmente significativa.

Históricamente, Hipócrates en el siglo IV a. C. describió la depresión, denominada entonces “melancolía”, como un desorden causado por un exceso de atrabilis o “bilis negra” en el cerebro. Según su teoría de los cuatro humores (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema), la salud dependía del equilibrio entre ellos; cuando este equilibrio se perdía, surgían las enfermedades (Areti & Bemporad, 1993).

Posteriormente, Freud profundizó en el estudio de la depresión tras sus investigaciones sobre la histeria y las obsesiones. En su obra *Duelo y melancolía* (1917/1993), incluida en

el tomo XIV de sus Trabajos sobre la metapsicología, explica que la depresión surge como una sensación de pérdida en la que el individuo, en lugar de dirigir la agresión hacia el objeto perdido, la vuelve contra sí mismo en forma de autorreproche y autoagresión. Se trata, por tanto, de una pérdida interna (Areti & Bemporad, 1993).

Frazier, Campbell, Marshall y Werner (2004) señalan que la depresión es un sentimiento universalmente humano, caracterizado por tristeza, desesperanza e infelicidad, cuya expresión varía según la cultura en la que se manifiesta.

Desde la Psicoterapia Gestalt, Martínez (2006) plantea que la depresión es producto del conflicto entre dos elementos polarizados de la personalidad que Perls denominó “perro de arriba” y “perro de abajo”.

El perro de arriba representa los introyectos aprendidos del exterior, con una conciencia crítica y severa que se guía por los “deberías” y genera culpa, vergüenza y miedo al rechazo.

Por su parte, el perro de abajo simboliza la parte que busca manipular para obtener protección o compasión, adoptando el rol de víctima.

La persona deprimida vive dividida entre lo que desea hacer y lo que cree que debe hacer, interrumpiendo así el contacto genuino con sus emociones y su entorno. Esta interrupción del ciclo de la experiencia impide la conclusión gestáltica y mantiene un conflicto interno no resuelto.

Martínez (2006) también señala que la tristeza es inherente al ser humano; sin embargo, cuando se reprime o no se acepta, puede transformarse en un mecanismo de defensa denominado retroflexión, que deriva en depresión en lugar de un duelo saludable. Desde esta perspectiva, la tristeza se considera funcional, mientras que la depresión representa una tristeza disfuncional que deja inconclusa una Gestalt.

En ocasiones, los síntomas depresivos pueden funcionar como un intento inconsciente de manipular las relaciones interpersonales significativas, atrayendo atención o cuidados que se perciben como perdidos. En dinámicas familiares, incluso puede observarse que un miembro adopta el rol de deprimido para impedir que otro lo haga, generando así una especie de equilibrio afectivo disfuncional.

Chávez y Tena (2018) definen la depresión, del latín *depressus* (abatimiento), como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos de culpa e infelicidad, acompañados frecuentemente de incapacidad total o parcial para disfrutar de las actividades cotidianas, y que puede coexistir con síntomas ansiosos.

Rojas (2006) amplía esta definición y señala que:

“Las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas, que pueden ser endógenas o exógenas, de fondo hereditario o adquirido, cuya sintomatología está presidida por un descenso del estado de ánimo, al que se asocian cambios negativos en el campo somático, conductual, cognitivo y afectivo” (p. 19).

Las depresiones endógenas se relacionan con causas biológicas o hereditarias, mientras que las exógenas son reactivas o adquiridas. Ambas se caracterizan por un ánimo triste, vacío o irritable.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) describe los trastornos depresivos como una desregulación del estado de ánimo acompañada de síntomas somáticos y cognitivos. La principal diferencia entre los tipos de depresión radica en su duración y severidad. El manual establece criterios diagnósticos específicos para un episodio de depresión mayor, entre los cuales destacan el estado de ánimo deprimido, la pérdida de interés o placer, alteraciones del sueño, fatiga, sentimientos de inutilidad, dificultades cognitivas y pensamientos suicidas.

1.7 Causas de la Depresión.

De acuerdo con Calderón (1984) la depresión tiene distintas causas y las denomina de la siguiente manera:

Tabla 1.

Causas de la depresión.

Calderón (1984)

Tipo	Cuadros en los que predominan
Genéticos	Depresiones psicóticas
Psicológicos	Depresiones neuróticas
Ecológicos	Depresiones simples.
Sociales	Depresiones simples.

Causas genéticas.

Se refiere a la predisposición hereditaria o al impacto de convivir con personas que padecen depresión, lo cual puede favorecer su aparición.

Causas psicológicas.

Calderón (1999) las divide en determinantes —relacionadas con una mala integración de la personalidad durante el desarrollo— y desencadenantes, asociadas a pérdidas significativas (por ejemplo, un ser querido, estabilidad económica, poder o salud).

Causas ecológicas.

Relacionadas con el entorno físico y ambiental en el que la persona se desenvuelve, el cual puede afectar su equilibrio emocional.

Causas sociales.

Incluyen la desintegración familiar, la pérdida de apoyo espiritual, las migraciones y el incremento de la violencia o delincuencia, factores que deterioran el bienestar psicológico.

Martínez (2006) agrega que los antecedentes familiares de dolor o trauma —como violaciones, accidentes o enfermedades terminales— pueden generar, en descendientes, una forma de “reparación inconsciente” en la que ofrecen su felicidad o bienestar como lealtad hacia los antepasados que sufrieron. Desde la Gestalt, este proceso puede entenderse como retroflexión, un mecanismo de defensa en el cual el individuo reprime sus emociones y las dirige hacia sí mismo, impidiendo el contacto genuino con el entorno.

Clark (1982) propone que la tristeza en el proceso depresivo atraviesa tres fases:

1. Fase de retirada.

En esta etapa inicial, la persona experimenta apatía y parálisis, mostrando dificultad para tomar decisiones o mantenerse en contacto con el presente. Se engrosa defensivamente el límite de contacto entre el organismo y el entorno. Es importante que el terapeuta acompañe al paciente con respeto y confianza, permitiéndole avanzar a su propio ritmo hasta aceptar el cambio.

2. Fase de respuesta emocional.

El individuo se siente incompleto y teme al futuro debido a pérdidas significativas. Aquí, el terapeuta debe brindar un ambiente de seguridad y contención que facilite el contacto emocional y la conexión con los propios recursos.

3. Fase de aceptación existencial.

En este momento, el paciente reevalúa su vida, integra experiencias y resignifica su historia. El terapeuta participa activamente en la integración de polaridades, acompañando el proceso de aceptación y cierre gestáltico.

1.8 Tratamiento de la Depresión.

Según Naranjo (1989-1990), las técnicas gestálticas se agrupan en tres categorías principales:

1. Técnicas expresivas.

Consisten en pedir al paciente que repita alguna frase, gesto o movimiento corporal, o bien que los exagere. El objetivo es que el individuo entre en contacto con aspectos ocultos o reprimidos de sí mismo, favoreciendo la toma de conciencia y la expresión emocional genuina.

2. Técnicas supresivas.

Buscan conducir al paciente a asumir la responsabilidad de su propia vida, mejorando la forma en que expresa pensamientos y emociones. Ejemplos de este tipo de técnicas son la silla vacía y el cambio del lenguaje restrictivo o impersonal (“debo”, “tengo que”) por un lenguaje más auténtico y responsable (“quiero”, “prefiero”). Asimismo, se fomenta sustituir expresiones vagas como “estoy bien” por afirmaciones más específicas, como “estoy contento” o “estoy en paz”, que facilitan el contacto con la experiencia emocional.

3. Técnicas de integración.

Tienen como finalidad reunir e integrar los elementos polarizados de la personalidad que actúan como opuestos, favoreciendo la unidad del sí mismo y la conclusión de las Gestalts inconclusas.

Tomando en cuenta lo expuesto por Rojas (2009), la ansiedad se define como:

“un estado del que ansía; preocupación o impaciencia por algo que ha de ocurrir” (p. 45).

El autor distingue entre miedo, ansiedad y angustia, considerando que estas se diferencian por el grado y el tipo de amenaza percibida:

El miedo se refiere a una reacción emocional ante un peligro real, proveniente del exterior. Genera inquietud o estado de alarma, pero puede ser adaptativo, ya que prepara al organismo para enfrentar una situación concreta. Constituye una de las emociones básicas del ser humano y cumple una función protectora.

La ansiedad, en cambio, se caracteriza por un estado de temor confuso e indefinido. Mientras el miedo se produce ante algo específico, la ansiedad se manifiesta sin una causa aparente o concreta. Se trata de una anticipación de lo peor, una respuesta anticipatoria frente a una amenaza imaginada o futura. Este estado implica una activación neurofisiológica (arousal), entendida como la puesta en marcha de los mecanismos que controlan la vigilancia —principalmente los sistemas córtico-subcorticales, mediados por la formación reticular—.

Como consecuencia, se produce un estado de hipervigilancia, que, aunque puede ser funcional en ciertos contextos adaptativos, genera desgaste psicológico cuando se mantiene de forma prolongada.

Desde la Psicoterapia Gestalt, la ansiedad se interpreta como una interrupción del flujo natural del ciclo de la experiencia, que ocurre cuando la energía del individuo se dirige hacia el futuro en lugar de permanecer en el presente. Es decir, la persona se desconecta de su aquí y ahora al anticipar posibles escenarios o resultados, generando una brecha entre la necesidad presente y la acción que podría satisfacerla (Perls, Hefferline & Goodman, 1951).

La ansiedad, por tanto, no se considera un enemigo a eliminar, sino un síntoma de desajuste en el contacto con el presente, una señal de que algo en el ciclo de la experiencia ha quedado detenido o inconcluso

1.9 Definición de ansiedad

De igual manera, Rojas (2009) distingue entre ansiedad creativa y ansiedad negativa. La primera se asocia con la capacidad de mejora y crecimiento personal, por lo tanto, se considera positiva, ya que impulsa al individuo a transformar su realidad y alcanzar un desarrollo más pleno. En cambio, la ansiedad negativa se caracteriza por la presencia de bloqueos emocionales, malestar psicológico y físico, así como por pensamientos intrusivos y sentimientos de temor, los cuales dificultan el bienestar y la autorregulación del individuo.

Desde una perspectiva humanista y gestáltica, Ceballos (2014) señala que la ansiedad no debe concebirse como una patología que deba eliminarse, sino como un signo de interrupción en la activación vital del organismo. Este autor propone que, con un acompañamiento terapéutico adecuado, dicha activación puede redirigirse hacia el crecimiento personal, favoreciendo la integración de experiencias inconclusas y el restablecimiento del contacto pleno con el presente.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013), los trastornos de ansiedad comparten características de miedo y ansiedad excesivos, además de alteraciones conductuales asociadas. El miedo se define como una respuesta emocional ante una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad se considera una respuesta anticipatoria ante una amenaza futura.

El manual diferencia también las crisis de pánico (panic attacks), que suelen presentarse en los trastornos de ansiedad como una manifestación específica del miedo intenso. No obstante, estas crisis no son exclusivas de los trastornos de ansiedad, ya que también pueden observarse en otros cuadros clínicos.

Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

La APA (2013) establece los siguientes criterios para identificar un trastorno de ansiedad generalizada (TAG):

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), presentes la mayoría de los días durante al menos seis meses, respecto a diversos eventos o actividades (por ejemplo, desempeño laboral o escolar).

B. Dificultad para controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian con tres (o más) de los siguientes síntomas (en niños basta con uno), presentes durante más días de los que han estado ausentes en los últimos seis meses:

1. Inquietud o sensación de estar con los nervios de punta.

2. Fatigabilidad fácil.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento (social, laboral, académico, entre otras).

E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga o medicamento) ni a otra afección médica (como el hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, ansiedad por ataques de pánico, ansiedad social, obsesiones, ansiedad por separación, estrés postraumático, síntomas somáticos o delirios).

1.10 Causas de la ansiedad

Rojas (2009) clasifica las causas de la ansiedad en exógenas, endógenas y existenciales, considerando tanto factores biológicos como psicológicos y filosóficos.

Ansiedad exógena.

Se origina por factores externos al individuo, tales como conflictos inesperados, situaciones prolongadas de tensión emocional, crisis de identidad personal, dificultades afectivas o laborales, fracasos sentimentales, problemas financieros o la pérdida de seres queridos. Este tipo de ansiedad es reactiva, ya que surge como respuesta ante eventos concretos que superan la capacidad de afrontamiento del individuo.

Ansiedad endógena.

Se relaciona con factores internos, tanto fisiológicos como genéticos. Implica la participación del sistema límbico y la corteza cerebral, y está determinada por procesos neurobiológicos, herencia familiar y desequilibrios químicos. Es un tipo de ansiedad que puede presentarse sin causa aparente externa y suele requerir atención psicoterapéutica y, en algunos casos, médica.

Angustia existencial.

Este tipo de ansiedad no es patológica, sino una manifestación natural de la condición humana. Representa la inquietud profunda ante la vida, la muerte y el destino, temas abordados por los filósofos existencialistas. A esta vivencia se le ha denominado la filosofía de la crisis, pues emerge cuando el ser humano se enfrenta a situaciones límite que lo

confrontan con el sentido de su existencia. Desde la Psicoterapia Gestalt, este tipo de ansiedad puede ser un punto de partida para el crecimiento, ya que motiva la búsqueda de autenticidad y sentido.

1.11 Tratamiento

De acuerdo con Rojas (2009), el abordaje terapéutico más completo para la ansiedad requiere la integración de tres dimensiones: farmacoterapia, psicoterapia y socioterapia.

Farmacoterapia.

Dentro de esta categoría, se encuentran las benzodiacepinas, consideradas uno de los grupos farmacológicos más eficaces para reducir el nivel general de ansiedad. Su acción se centra en el sistema límbico y la corteza cerebral, produciendo efectos como la disolución de la ansiedad, la relajación muscular, la inducción del sueño y un efecto anticonvulsivo. Si bien su uso puede ser útil en el tratamiento inicial, debe estar estrictamente supervisado por un especialista debido a su potencial adictivo y a la posibilidad de desarrollar tolerancia a largo plazo.

Psicoterapia.

La psicoterapia constituye el eje central del tratamiento, pues permite al paciente comprenderse mejor a sí mismo, reconocer la realidad con mayor claridad y asumir responsabilidad sobre su vida, alcanzando con ello una auténtica libertad interior.

Dentro de este ámbito, Rojas (2009) distingue varios enfoques:

Psicoterapia de apoyo. Se centra en explicar al paciente la naturaleza de su malestar, brindándole comprensión, acompañamiento y contención emocional. Este tipo de intervención genera una sensación de calma y seguridad, favoreciendo la estabilidad emocional necesaria para continuar el proceso terapéutico.

Psicoterapia existencial. Es especialmente útil cuando la ansiedad tiene su origen en conflictos biográficos o existenciales. A través de la exploración del pasado, el paciente puede resignificar experiencias y encontrar sentido en su historia personal, lo que promueve el crecimiento interior.

Métodos de relajación. Incluyen prácticas de respiración consciente, relajación progresiva o el uso de materiales guiados (como audios o lecturas). Estas herramientas facilitan la disminución del estrés y contribuyen a restablecer el equilibrio psicofisiológico.

Logoterapia. Basada en los postulados de Viktor Frankl, esta intervención busca restaurar el sentido de la vida. Muchos pacientes con ansiedad presentan vacíos existenciales que obstaculizan la definición de metas vitales. La logoterapia propone reconectarse con los valores espirituales, creativos y artísticos como vías hacia la plenitud.

Además, se recomienda el uso de técnicas de autocontrol emocional, entre las que destacan la relajación progresiva, la respiración diafragmática, la detención del pensamiento, y el replanteamiento de ideas irracionales, todas ellas orientadas a disminuir la ansiedad y el estrés.

Socioterapia.

Esta dimensión busca modificar los factores ambientales que contribuyen al mantenimiento de la ansiedad. Se inicia generalmente en el ámbito familiar, especialmente cuando existen dinámicas disfuncionales, violencia o tensiones que generan un clima emocional adverso. De igual modo, se analizan los factores laborales y sociales, tales como ambientes negativos o competitivos. La socioterapia fomenta el contacto interpersonal saludable, la búsqueda de apoyo y la comprensión mutua, lo que facilita la integración social y emocional del individuo.

Frazier, H; Campbell, J; Marshall, H; Werner, A; (1976). Diccionario

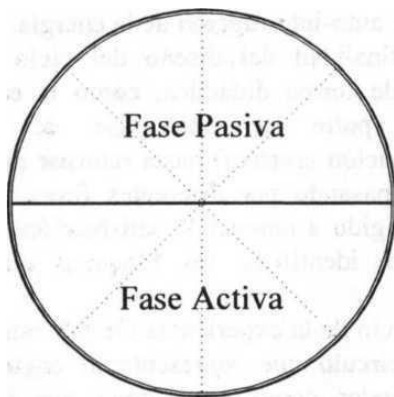
1.12 Ciclo de la experiencia- bloqueos, frases, mensajes y actitudes.

El ciclo de la experiencia es un modelo fundamental dentro de la Psicoterapia Gestalt, ya que permite identificar las etapas y obstáculos que una persona enfrenta en el proceso de contacto con su entorno.

Según Salama (2006), la energía del individuo se origina en un estado de equilibrio y, tras un proceso de movilización, retorna a una fase de reposo. Este ciclo describe el modo en que las personas reconocen, orientan y satisfacen sus necesidades.

Figura 2.

Fase pasiva y activa del ciclo de la experiencia.



Adaptado de Manual del test de psicodiagnóstico Gestalt de Salama, Salama (2008)

Fase pasiva: corresponde al momento en que no existe actividad manifiesta en el organismo, es decir, la energía se mantiene interna.

Fase activa: implica la interacción con el entorno y la acción dirigida hacia la satisfacción de la necesidad.

Este proceso refleja el dinamismo del contacto humano y su autorregulación natural. Cuando alguna de estas fases se ve interrumpida por mecanismos de defensa o bloqueos, surgen síntomas psicológicos como la ansiedad o la depresión. Desde la Gestalt, el trabajo

terapéutico consiste en restablecer el flujo de la experiencia, permitiendo que la energía circule de manera completa hasta alcanzar nuevamente el equilibrio.

Figura 3

Bloqueos del ciclo de la experiencia



Adaptado de Manual del test de psicodignóstico gestaltt de Salama, Salama (2008).

Cuando alguna de las etapas del ciclo de la experiencia se encuentra obstruida, surgen ideas, emociones y comportamientos que evidencian que la energía no está circulando adecuadamente, lo que genera un estancamiento. Según Salama (2006), cuando se experimenta un vacío, aparece el miedo; si se evitan las percepciones, surge la culpa; cuando la energía no puede fluir y se produce introspección, emerge el remordimiento; el estancamiento en la acción genera ira y tristeza; la dificultad en el precontacto produce desagrado y rechazo; la falta de contacto desencadena vergüenza; el atasco en el poscontacto provoca resentimiento, y el retraso en el descanso conlleva apatía y falta de motivación.

Basándose en el modelo propuesto por Salama (2006), a continuación, se presentan las características de cada bloqueo, junto con las emociones, pensamientos y conductas que

los acompañan, así como la forma de intervenir terapéuticamente para superar dichos estancamientos.

Reposo – Postergación

La etapa de **reposo** se define como un estado de equilibrio y armonía en el que el individuo no presenta una necesidad inmediata que atender. Este momento representa un vacío fértil y productivo que prepara el terreno para el surgimiento de una nueva experiencia o Gestalt.

El bloqueo correspondiente a esta etapa es la postergación, la cual interrumpe el flujo natural de la energía vital. La persona aplaza actividades placenteras, evita concluir experiencias y cambia de una necesidad a otra sin haber satisfecho completamente la anterior. La frase más común es “luego lo hago”, expresión que simboliza la evasión de cierre y la resistencia inconsciente a finalizar procesos.

El mensaje interno asociado es “*no mereces*”, y el temor subyacente es “*a tener éxito*”. Este miedo refuerza la creencia de no ser digno de logros o satisfacciones, provocando un autosabotaje constante.

El valor a desarrollar en esta etapa es la autoestima, ya que el bloqueo impide reconocer el propio valor y limita la capacidad de apreciarse a sí mismo y a los demás. La necesidad fundamental es la relajación, entendida como la disposición interna para recibir nuevas experiencias desde un estado de paz y armonía.

Desde el punto de vista psicopatológico, este patrón se asocia al tipo agresivo–pasivo, caracterizado por rigidez, susceptibilidad y mal humor.

En sus características bio-positivas, la persona demuestra la capacidad de “saber posponer”, es decir, de pausar sin abandonar, retomando la experiencia de manera

consciente y saludable. En las bio-negativas, se manifiesta la “evitación de concluir”, que obstaculiza la satisfacción de la necesidad.

Las características básicas positivas son la aceptación y la apertura hacia uno mismo; mientras que la negativa es el rechazo, el cual interrumpe la autorrealización. Las actitudes positivas se expresan como generosidad, promoviendo cooperación y armonía con el entorno; en contraste, el egoísmo refleja el aislamiento que impide la plenitud del contacto.

Interpretación gestáltica.

En terapia, este bloqueo se aborda ayudando al paciente a reconocer su tendencia a postergar y a contactar con el miedo subyacente al éxito. El terapeuta facilita el darse cuenta (awareness) de cómo el autosabotaje impide cerrar las experiencias, promoviendo la integración del aprendizaje y la apertura hacia nuevos ciclos vitales.

Sensación – Desensibilización

En esta etapa, el cuerpo emite señales que anuncian el surgimiento de una nueva necesidad. La persona comienza a percibir sensaciones físicas o emocionales, aunque todavía no comprende su significado.

El bloqueo característico de esta fase es la desensibilización, que consiste en negar o reprimir la sensación emergente. La persona percibe la sensación, pero la considera incómoda, por lo que la rechaza, la silencia o la ignora. El mensaje interno es “*no serás amado*”, lo que lleva a evitar sentir para no sufrir.

La frase típica es “no siento”, una afirmación que refuerza la desconexión corporal y emocional. El temor central es “*a sufrir*”, lo cual da sentido a la evitación.

El valor a desarrollar es la honestidad, entendida como la capacidad de reconocer lo que se siente y presentarse auténticamente. Su necesidad esencial es el placer: solo al permitirse sentir lo desagradable, se abre la posibilidad de disfrutar de lo placentero.

En psicopatología, este patrón se asocia a rasgos esquizoides o esquizotípicos. El primero se caracteriza por escaso interés en las relaciones interpersonales y baja expresión emocional; el segundo, por comportamientos inusuales y una marcada reserva emocional derivada del temor al sufrimiento.

Las actitudes positivas incluyen la meditación, que facilita el contacto con el cuerpo y el reconocimiento de las sensaciones. Las actitudes negativas se orientan “hacia sí”, generando aislamiento y desconexión del entorno.

Entre las características bio-positivas destaca el autoapoyo, que permite encontrar sostén en el propio interior. En cambio, las bio-negativas se relacionan con la inhibición de la sensación, donde el miedo al sufrimiento bloquea toda percepción corporal.

Las características básicas positivas son el afecto y la apertura emocional; las negativas, la reducción de la energía afectiva, que impide percibir las señales del cuerpo y limita la capacidad de amar y vincularse.

Interpretación gestáltica.

El terapeuta ayuda a la persona a reconectar con su cuerpo, guiándola hacia la experiencia sensorial inmediata. A través de la atención plena, la persona aprende a reconocer y aceptar sus sensaciones como mensajes legítimos del organismo, restableciendo así el flujo natural de la experiencia.

Energetización- Introyección

La formación de la figura corresponde a la etapa del darse cuenta, en la que el individuo identifica y nombra la necesidad que emergió previamente. El bloqueo de esta fase es la proyección, que consiste en atribuir a otros los aspectos propios que no se aceptan. En otras palabras, el individuo deposita fuera de sí emociones, pensamientos o conductas que no reconoce como propias.

El mensaje interno es *“pueden herirte”*, lo que genera una postura defensiva y la tendencia a justificar las acciones culpando a los demás. La frase recurrente es “por tu culpa”, reflejo de la dificultad para asumir la responsabilidad personal.

El temor asociado es *“al sufrimiento”*. La persona evita reconocer su parte por miedo a ser castigada o a enfrentarse a su propia vulnerabilidad. El valor a desarrollar es la responsabilidad, y la necesidad principal es el reconocimiento, tanto de sí mismo como de sus aportes y límites.

En psicopatología, este bloqueo se asocia a rasgos paranoides o narcisistas. En el tipo paranoide, surgen ideas distorsionadas respecto a otros, percibidos como amenazantes; en el narcisista, predomina la grandiosidad, la necesidad de admiración y la falta de empatía.

Las características bio-positivas incluyen la vigilancia, entendida como la capacidad de observar el entorno con atención. Las bio-negativas implican la confusión de identidad, donde el individuo proyecta sus cualidades o defectos en los demás.

Entre las características básicas positivas se encuentra la seguridad, la cual permite asumir la responsabilidad de los actos propios; en cambio, la inseguridad caracteriza la polaridad negativa.

Las actitudes positivas son el autocontrol y la regulación emocional; las negativas, la necesidad de control, que lleva a dominar las emociones o comportamientos ajenos.

Interpretación gestáltica.

Desde la Psicoterapia Gestalt, el trabajo consiste en que la persona reconozca sus proyecciones como partes de sí misma. A través del proceso de awareness (darse cuenta), el individuo recupera su poder personal y diferencia lo que le pertenece de lo que corresponde al otro, fortaleciendo así la frontera del yo y restaurando el contacto auténtico.

Acción– Retroflexión.

La acción marca el inicio del movimiento hacia la actividad, momento en el que la energía interna se transforma en impulso y da lugar al primer movimiento hacia el entorno.

El bloqueo correspondiente a esta fase es la retroflexión, la cual consiste en dirigir hacia uno mismo la energía o impulso que originalmente estaba destinado al exterior. En términos gestálticos, la persona se inflige a sí misma lo que desea hacer a los demás. Esta dinámica se relaciona estrechamente con la energía de la agresión, entendida no como violencia, sino como fuerza vital orientada al contacto.

La frase típica es: “*me contengo, me aguanto*”. A través de ella, la persona expresa su represión emocional, reprimiendo sus deseos y necesidades. El mensaje interno es “*no actúes*”, lo que conduce a la contención del impulso agresivo y a la acumulación de energía no expresada.

El temor subyacente es “*a la propia agresión*”, es decir, al impacto que podría tener expresar lo que siente. En lugar de dirigir la energía hacia fuera, la persona la vuelve contra sí misma, generando daño físico o emocional.

El valor a desarrollar es la autoestima, ya que la persona que se agrede inconscientemente debilita su amor propio. La necesidad fundamental es la expresión, pues liberar la energía contenida evita que esta se vuelva destructiva.

Desde la psicopatología, este patrón se asocia a rasgos pasivo-agresivos, caracterizados por la evitación de responsabilidades, la adopción de un rol sumiso y la ocultación de la hostilidad.

Las características bio-positivas incluyen la capacidad de esperar, que permite que la energía agresiva se module, resolviendo los conflictos de forma menos reactiva. En cambio, la bio-negativa es la autoagresión, la tendencia a dañarse por no saber canalizar el impulso agresivo.

Entre las características positivas, destaca la decisión, que refleja claridad sobre cuándo y cómo expresar la energía de manera asertiva; la característica negativa es la indecisión, que mantiene al individuo en ambivalencia constante.

Las actitudes positivas corresponden al rescate, donde la persona canaliza su energía en ayudar a otros, transformando la agresión en acción compasiva. Las actitudes negativas son las de víctima, en las que el individuo se queja y busca atención desde el sufrimiento.

Interpretación gestáltica.

El trabajo terapéutico en esta fase consiste en ayudar al paciente a reconocer su energía contenida y aprender a expresarla de forma saludable. La retroflexión suele enmascarar necesidades profundas de contacto y reconocimiento. A través del proceso de awareness, la persona puede recuperar el flujo natural de la agresión como energía vital y transformarla en acción consciente.

Fase de Precontacto – Deflexión

El precontacto es el momento en que la persona reconoce su necesidad y comienza a acercarse al objeto que podría satisfacerla. Se caracteriza por la preparación para el encuentro con el entorno.

El bloqueo característico es la deflexión, que consiste en evitar el contacto pleno mediante distracciones o desvíos de energía hacia otros estímulos. Justo cuando el individuo está a punto de establecer contacto, la energía se redirige, impidiendo la satisfacción de la necesidad.

El mensaje interno es “*no te atrevas*”, y la frase más común es “lo evito”. Este mensaje refleja la creencia de que no se posee la fortaleza suficiente para enfrentar la situación deseada. El temor subyacente es “*a enfrentar*”, lo que impulsa a la evasión constante.

El valor a desarrollar es la sinceridad, entendida como la capacidad de reconocer y confrontar las propias emociones y deseos. La necesidad esencial es la identificación, es decir, saber qué se busca realmente y reconocer el objeto que puede satisfacer la necesidad.

En el plano psicopatológico, este patrón se vincula a las estructuras evitativa y límite. En la evitativa, el individuo huye de situaciones que generan ansiedad; en la límite, se produce una distorsión de la identidad, generando crisis por la incapacidad de confrontar.

Las características positivas incluyen “mantener la relación”, lo que permite sostener vínculos sin romper el contacto. Sin embargo, las negativas reflejan la tendencia a “esquivar la situación”, evitando el enfrentamiento necesario para avanzar.

Entre las características positivas se destaca el valor, manifestado como la valentía para enfrentar lo que se desea; mientras que la timidez representa la polaridad negativa, al limitar la acción por miedo.

Las actitudes positivas son la valentía y la confrontación auténtica, que permiten al individuo actuar en coherencia con sus necesidades. Las actitudes negativas son la evasión y el temor al conflicto, donde se evita el contacto por miedo a la insatisfacción.

Interpretación gestáltica.

Desde la Psicoterapia Gestalt, el objetivo es acompañar al paciente a reconocer la energía desviada y recuperar la dirección hacia el contacto pleno. Se busca que la persona acepte su miedo a enfrentar y pueda acercarse al objeto deseado con autenticidad, transformando la deflexión en una aproximación consciente.

Contacto – Confluencia

La etapa de contacto representa el momento culminante del ciclo de la experiencia: la satisfacción de la necesidad a través del encuentro pleno entre el individuo y el objeto.

El bloqueo correspondiente es la confluencia, que ocurre cuando los límites del yo se disuelven y la persona se fusiona con el entorno, perdiendo su individualidad. El contacto, en lugar de ser diferenciador, se vuelve excesivo y confuso.

El mensaje interno es *“te abandonarán”*, y la frase típica es *“tú decides”*. Esta expresión revela la pérdida de identidad y la tendencia a ceder el propio poder al otro. El temor subyacente es *“al abandono”*, lo que lleva a mantener vínculos a toda costa, incluso sacrificando la propia autenticidad.

El valor a desarrollar es la responsabilidad, entendida como la capacidad de hacerse cargo del propio contacto y de los efectos que este genera. La necesidad esencial es la pertenencia, ya que la persona busca sentirse parte de un grupo o relación significativa.

En psicopatología, se relaciona con rasgos dependientes e histriónicos. El primero se caracteriza por una necesidad constante de aprobación y atención; el segundo, por una expresión emocional exagerada para obtener afecto.

Las características positivas son la responsabilidad y el compromiso, mediante los cuales el individuo mantiene un contacto equilibrado. En cambio, las negativas son la irresponsabilidad y la dependencia emocional, que disuelven los límites del yo.

Las actitudes positivas corresponden al compañerismo, que fomenta la cooperación y el vínculo saludable; las negativas, a la dependencia, donde la persona se siente incapaz de existir sin el otro.

Interpretación gestáltica.

El trabajo terapéutico busca que el individuo recupere sus fronteras de contacto, aprendiendo a diferenciar entre el yo y el otro. A través de la toma de conciencia, el paciente integra la pertenencia sin perder su identidad, equilibrando la unión y la autonomía.

Postcontacto – Fijación

El postcontacto, también llamado retirada, representa la fase final del ciclo. Aquí la energía disminuye y el organismo busca el descanso necesario para integrar la experiencia vivida.

El bloqueo es la fijación, que surge cuando la persona se aferra a la experiencia y evita retirarse del contacto. Este fenómeno ocurre cuando la necesidad no fue plenamente satisfecha o cuando persiste el miedo a la soledad.

La frase típica es “no puedo dejar de...”, que refleja la incapacidad de cerrar la experiencia. El mensaje interno es “*te sentirás solo*”, y el temor asociado es “*a la libertad*”. La persona teme separarse del pasado por miedo a lo desconocido, eligiendo permanecer en lo ya vivido.

El valor a desarrollar es el respeto, entendido como la consideración hacia las propias necesidades y las de los demás. La necesidad principal es la independencia, que implica la capacidad de cerrar ciclos y abrirse a nuevas vivencias

En psicopatología, se asocia al trastorno obsesivo-compulsivo, caracterizado por rigidez, perfeccionismo y dificultad para soltar.

Entre las características bio-positivas, destaca la capacidad de recordar para resolver, es decir, reflexionar sobre el pasado solo para completar la experiencia. En las bio-negativas, aparece el recordar para quejarse, donde se revive el pasado sin intención de integración.

Las características positivas incluyen el compromiso, manifestado en la disposición al crecimiento personal. En las negativas, la adicción o enganche emocional, que impide la libertad interior.

Las actitudes positivas se expresan en la atención al detalle y el deseo de cierre saludable; las negativas, en la persecución y la queja constante, donde la persona se queda atrapada en lo inconcluso.

Interpretación gestáltica.

En terapia, se acompaña al paciente a asumir el cierre de sus experiencias, favoreciendo la integración y el descanso natural. Se promueve el respeto por el propio proceso, ayudando a transformar la fijación en aceptación, para permitir el inicio de una nueva Gestalt.

1.13 Definición de la ansiedad y el ciclo de la experiencia.

Dentro de la Psicoterapia Gestalt, la ansiedad constituye un fenómeno ampliamente reconocido y estudiado. Los distintos abordajes e investigaciones en torno a este tema han explorado sus causas, manifestaciones y las formas de intervención terapéutica adecuadas desde este enfoque.

En *Yo, hambre y agresión*, Perls (1942/1975b) describe la ansiedad como “la excitación más el abastecimiento inadecuado de oxígeno” (p. 100). Señala además que una de sus principales características son las “dificultades respiratorias, la aceleración del pulso y síntomas similares” (p. 42).

De esta manera, Perls propone un concepto predominantemente fisiológico de la ansiedad, situando el tratamiento en el ámbito corporal a través de la respiración, la relajación muscular y la expresión de la excitación.

Posteriormente, Perls et al., (1951) en *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*, amplían esta comprensión, explicando que los síntomas orgánicos de la ansiedad son el resultado de una interrupción en la excitación fisiológica.

En su planteamiento, Perls et al. (1951/2002) distinguen dos dimensiones integradas del proceso de excitación: la excitement, entendida como energía psicológica básica, y la excitation, su correlato fisiológico. De esta forma, incorporan la dimensión emocional dentro del proceso gestáltico, considerando que la excitación abarca todas las funciones fisiológicas, incluyendo la emoción, y la definen como “la experiencia de la dificultad para respirar durante cualquier excitación bloqueada” (Perls et al., 1951/2002, p. 459).

Para estos autores, la excitación persiste y aumenta a lo largo de la secuencia de contacto, alcanzando su punto máximo en el momento del contacto final. Sin embargo, cuando existen obstáculos o conflictos que impiden la conclusión de dicho proceso, la energía no

logra descargarse ni transformarse en acción, lo que genera una perturbación en el self. Esta perturbación, producto de la inhibición o del bloqueo de la excitación, es lo que se denomina ansiedad.

Ceballos (2017) retoma esta concepción y explica que cada uno de los mecanismos de defensa aparece en un momento específico del ciclo de la experiencia, interrumpiendo la excitación en curso y produciendo ansiedad. Independientemente de la fase en la que se produzca la interrupción, la ansiedad tiene como efecto inhibir la necesidad original o bloquear la respuesta al estímulo, ya sea desviando la atención, distrayendo el interés hacia otros objetos o afectando funciones corporales como la respiración.

En consecuencia, lo que inicialmente era figura (la necesidad) pasa a convertirse en fondo, y aquello que era fondo (el contexto o estímulos secundarios) se vuelve figura. Es decir, la energía se desplaza de su objetivo original, impidiendo la satisfacción de la necesidad emergente.

De acuerdo con Perls et al. (1951/2002), existen cinco momentos de interrupción del contacto, cada uno de los cuales genera un tipo específico de ansiedad:

1. Antes de la excitación primaria: confluencia.
2. Durante la excitación: introyección.
3. Al enfrentarse al entorno: proyección.
4. Durante el conflicto y la destrucción: retroflexión.
5. En el contacto final: egotismo.

La etapa concreta en la que ocurre la interrupción es significativa, ya que determina el hábito neurótico aprendido y la forma particular en la que la persona gestiona la ansiedad.

De igual manera, Perls (1975a) subraya que la ansiedad está relacionada con aspectos fisiológicos, fantasiosos y con la manera de afrontar la vida (p. 169). Es precisamente en la interrupción de la excitación donde la fantasía adquiere un papel crucial como generadora de ansiedad.

Ceballos (2017) explica que la fantasía permite realizar ensayos hacia el futuro, anticipando posibles escenarios. No obstante, Perls (1974/2006) advierte que el problema surge cuando el individuo pierde el contacto con la realidad y confunde sus fantasías con hechos reales. En ese punto, emerge la ansiedad: el individuo experimenta una sensación de miedo ante lo que imagina, evitando la confrontación con lo desagradable o doloroso.

Las evasiones, por tanto, representan una manera de confundir la fantasía con la realidad, desviando la energía vital que debería dirigirse hacia el presente.

En la figura siguiente se representa gráficamente la relación entre la ansiedad y el ciclo de la experiencia, mostrando cómo los bloqueos interrumpen la secuencia natural del contacto.

Fig. 4

Ansiedad en el ciclo de la experiencia.



Nota: Elaboración propia.

De acuerdo con Baumgardner (2006), la ansiedad puede definirse como “la brecha que hay entre el ahora y el después”. En dicha brecha, las personas proyectan expectativas catastróficas sobre lo que podría suceder, o idealizaciones sobre lo que desean alcanzar. Esa distancia temporal entre el presente y el futuro se llena de temores, anticipaciones, planes, ensayos mentales y ocupaciones, lo que intensifica el estado ansioso.

Desde la perspectiva gestáltica, la ansiedad no es un enemigo, sino una energía mal canalizada entre el impulso presente y la anticipación futura. El trabajo terapéutico se centra en traer al paciente al aquí y ahora, ayudándole a recuperar la respiración, la conciencia corporal y la vivencia plena del presente, transformando la ansiedad en energía disponible para el contacto.

1.14 Técnicas

De acuerdo con Gálvez (2023), no existen técnicas específicas para el tratamiento de la ansiedad; sin embargo, las siguientes pueden resultar altamente funcionales:

Técnicas de relajación y presencia corporal.

1. Las técnicas de relajación son de gran ayuda en momentos de ansiedad, ya que constituyen una herramienta útil para afrontar de manera autónoma las experiencias que las personas enfrentan en su vida cotidiana.
2. Técnicas supresivas.

Este tipo de técnicas ayudan al paciente a contactar con las experiencias que ha intentado evitar. En este proceso, es fundamental enfocar la atención en los *mandatos e introyectos*, es decir, en aquellas creencias rígidas que pueden llevar a la persona a sobreexigirse y generar preocupación. Estas técnicas permiten que el individuo analice en qué momento comienza a estructurar sus propias decisiones, de manera independiente a las ideas aprendidas en la infancia por influencia de las figuras parentales.

3. Técnicas expresivas.

En este enfoque, el terapeuta acompaña al paciente en la comprensión de su problema emocional. El contacto con las emociones permite “desatar los nudos”, alcanzar la conciencia y, en consecuencia, integrar dichas experiencias a su vida cotidiana.

1.15 Definición de Depresión y el ciclo de la experiencia.

De acuerdo con Martínez (2006), la depresión puede entenderse como el resultado de un conflicto entre dos segmentos de la personalidad que se han disgregado y polarizado. Estos componentes, denominados por Perls como el “perro de arriba” y el “perro de abajo”, representan fuerzas internas opuestas que coexisten en tensión. Ambos están conformados por creencias e introyectos incorporados desde la infancia, principalmente a través de figuras significativas como los padres o cuidadores.

Martínez (2006) explica que el “perro de arriba” corresponde a una estructura de conciencia rígida y severa, sustentada en la culpa, la vergüenza y el miedo al castigo o al abandono afectivo. Desde esta posición, la persona busca hacer y pensar “lo correcto” o “lo que debe”, castigándose mediante una fuerte autocrítica cuando comete errores. Por su parte, el “perro de abajo” se caracteriza por un conjunto de actitudes y creencias que inducen a la manipulación del entorno, promoviendo una autoimagen de incompetencia, desamparo y dependencia de los demás. En esta dinámica, la persona oscila entre ser víctima y victimario, experimentando un conflicto interno permanente.

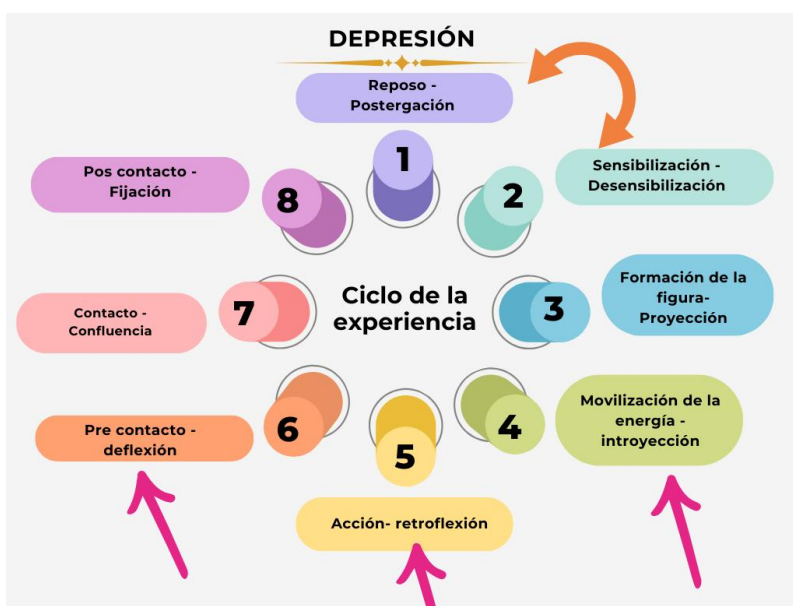
Según Martínez (2006), el paciente con depresión inicia la interrupción de su energía vital en la fase de desensibilización, al no permitirse sentir ni expresar sus emociones. Este bloqueo se manifiesta mediante la manipulación de quienes le rodean, proyectando en ellos las polaridades del “*perro de arriba*” y del “*perro de abajo*”. Dicha manipulación obstaculiza el contacto genuino con el entorno y consigo mismo.

Asimismo, Martínez (2006) señala que el paciente con depresión puede presentar bloqueos en el contacto, lo que le impide conectar con emociones como la tristeza o el enojo. Esto genera una sensación de inmovilidad e imposibilidad para actuar o satisfacer sus necesidades, ignorando los recursos presentes en su medio. En esta fase, emergen múltiples introyectos que refuerzan la evitación del contacto. También puede manifestarse

la retroflexión, mecanismo mediante el cual la persona reprime la expresión de sus necesidades y dirige la energía hacia sí misma, provocándose daño en lugar de comunicar lo que requiere. En la siguiente figura se representa la depresión dentro del ciclo de la experiencia.

Figura 5

Depresión en el ciclo de la experiencia.



Nota: Elaboración propia.

CAPÍTULO 2 MÉTODO

2.1 Método

La presente investigación se desarrolló a partir de la información recolectada durante las sesiones de psicoterapia realizadas como parte del proceso formativo de *la Maestría en Psicología Clínica Especializada con terminación en Psicoterapia Gestalt*.

En particular, el estudio se centró en una estudiante de primer año de la Licenciatura en Psicología, de la *Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH)*, en la Unidad Profesional de Ciudad Hidalgo, de 19 años, quien fue asignada para la realización de las prácticas profesionales de la maestría. La consultante asistió a un total de 49 sesiones de manera continua, con excepción de los días festivos, los periodos vacacionales y las ausencias por motivos de salud, de noviembre de 2023 a mayo de 2025.

La investigación se enmarca en un enfoque cualitativo, con un diseño de estudio de caso, y como método la fenomenología, debido a su orientación hacia la comprensión profunda de la experiencia vivida por la participante, más que a la medición objetiva de variables.

Según van Manen (2017a), la fenomenología se ocupa de lo que se presenta directamente a la conciencia antes de cualquier interpretación o conceptualización; su foco es la experiencia vivida como tal, y sostiene que cualquier experiencia cotidiana —como conversar o sentir aburrimiento— puede analizarse fenomenológicamente (p. 813).

Se usó la entrevista semiestructurada, la observación participante y los registros de sesiones, el análisis de discurso, como técnicas de recolección de datos y se obtuvo información a partir de las grabaciones y transcripciones de las sesiones psicoterapéuticas y de los reportes clínicos (Creswell y Plano, 2018). Para el análisis de la información se utilizó la técnica de análisis del discurso y se categorizó según los criterios de Rodríguez y cols. (1999), quienes explican que la información se agrupa en núcleos conceptuales establecidos de acuerdo a los datos recuperados.

Para el proceso diagnóstico se aplicaron los siguientes instrumentos psicométricos: el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Test de Codependencia de Aura Medina de Wit y la técnica proyectiva HTP (House–Tree–Person). Los resultados específicos de las pruebas se incluyen en los apéndices correspondientes.

2.2 Estudio de caso

El estudio de caso constituye una estrategia metodológica idónea para investigaciones que buscan comprender fenómenos complejos desde la experiencia subjetiva del individuo. Martínez (1988) describe el estudio de caso como un “término paraguas” que integra diversos métodos y técnicas orientados al análisis sistemático de un tema específico, permitiendo obtener información desde múltiples perspectivas metodológicas. En el contexto de la Psicoterapia Gestalt, esta aproximación facilita explorar cómo se manifiestan y se modifican los síntomas de depresión y ansiedad en un caso singular, considerando tanto la experiencia emocional como la relación con el entorno.

Según Simons (2009), el estudio de caso se centra en lo particular: el análisis profundo de un fenómeno único. En este trabajo, el caso seleccionado es el de una joven universitaria de 19 años, residente en Ciudad Hidalgo, Michoacán, quien presenta sintomatología depresiva y ansiosa. El propósito principal es comprender cómo se desarrolla su experiencia emocional dentro de las fases del ciclo de la experiencia Gestalt, identificando los mecanismos de defensa que contribuyen al mantenimiento de los síntomas y observando los cambios a lo largo del proceso de intervención psicoterapéutica.

Muñiz (2010) propone que el estudio de caso puede concebirse desde tres niveles: como enfoque, estrategia y técnica. En esta investigación, se adopta un enfoque fenomenológico dentro del paradigma cualitativo, privilegiando la descripción de la vivencia subjetiva de la paciente. La estrategia consiste en un estudio de caso único, biográfico y situacional, en el que se utilizan entrevistas semiestructuradas, observación participante y registros de sesión como técnicas de recolección de información. Finalmente, como técnica, el estudio de caso permite sistematizar la información sobre la paciente, integrando su historia clínica, las

entrevistas y los reportes de sesiones para analizar los mecanismos de defensa y las fases del ciclo de la experiencia.

Merriam (1998) señala que los estudios de caso pueden clasificarse en típicos, atípicos, teóricos o diferentes. El caso de esta investigación se ubica como atípico, dado que permite explorar en profundidad la interacción de síntomas depresivos y ansiosos en el marco de la Psicoterapia Gestalt, proporcionando información rica y detallada que puede orientar futuras intervenciones y estudios comparativos. Por su parte, Rodríguez (1999) distingue entre estudios de caso únicos y múltiples; en este trabajo, se desarrolla un caso único biográfico, centrado en la experiencia vivida de la paciente durante el proceso psicoterapéutico.

La recolección de información se basa en técnicas recomendadas por Martínez (1988), principalmente la entrevista semiestructurada, que permite un diálogo flexible y profundo, y la observación participante, que facilita captar gestos, silencios y matices del comportamiento de la paciente. Además, se incorporan registros de sesiones, notas de campo y documentos clínicos, asegurando una visión integral del caso.

Un aspecto clave en el estudio de caso es la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados (Martínez, 2006). En esta investigación, la validez se asegura mediante la coherencia entre los objetivos, la teoría Gestalt y las técnicas empleadas, mientras que la confiabilidad se fortalece con la sistematización de los registros, la triangulación de fuentes y la supervisión clínica constante.

En conclusión, el estudio de caso en este trabajo permite abordar la depresión y la ansiedad desde la experiencia singular de una joven universitaria, integrando la teoría Gestalt, las fases del ciclo de la experiencia y los mecanismos de defensa, con el fin de generar

conocimiento aplicable en la práctica clínica y aportar evidencia empírica relevante sobre la efectividad de la Psicoterapia Gestalt en población universitaria.

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DEL CASO

3.1 Presentación del caso

ENCUADRE

En la primera sesión, me presenté como estudiante de la *Maestría en Psicología Clínica Especializada (MPCE) de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH)*, con sede en la ciudad de Morelia, Michoacán.

La consultante recibió la invitación para participar en el proceso terapéutico durante sus clases de licenciatura, por medio de un profesor. Posteriormente, otros docentes de la facultad reforzaron la importancia de dicha experiencia como parte de su formación profesional.

Se le explicó que el servicio brindado formaba parte de las prácticas profesionales supervisadas del programa de maestría. Desde el primer encuentro, se ofreció un espacio seguro y se estableció el compromiso de mantener absoluta confidencialidad respecto a toda la información compartida durante las sesiones.

Asimismo, se leyó y revisó el consentimiento informado (anexo 1) el cual incluía los aspectos éticos y los compromisos correspondientes a ambas partes, donde se explica que se pueden grabar las sesiones. La consultante manifestó su conformidad con los términos y condiciones establecidos y procedió a firmar el documento. Todos los procedimientos se llevaron a cabo en estricto apego al código ético del psicólogo garantizando la protección de los datos personales y la integridad del proceso clínico.

Cabe señalar que este caso fue supervisado de manera continua desde el inicio hasta la conclusión del proceso terapéutico, con el propósito de asegurar la calidad técnica y ética de la intervención.

Finalmente, se acordó que las sesiones se realizarían una vez por semana, los jueves a las 14:40 horas, en las instalaciones de la Unidad Profesional de Ciudad Hidalgo, con una duración de 50 minutos por sesión. Donde se acordó que, si era necesario reagendar por algún motivo, siempre era necesario avisar, mínimo 24 hrs antes. Sin problema se podría reagendar si se avisaba. Si faltaba 3 veces a la sesión, sin avisar se iba a dar de baja su espacio, y quedaría disponible para alguien más.

3.Motivo de consulta

Respecto a los objetivos terapéuticos, la consultante mencionó que no tenía un motivo específico para asistir al proceso psicoterapéutico; expresó que su interés inicial surgía por curiosidad hacia la carrera que actualmente estudia. Sin embargo, a lo largo de su discurso se observó una necesidad implícita de trabajar duelos no resueltos y aspectos relacionados con una estructura familiar disfuncional.

Durante el primer encuentro, se observó que la joven llegó puntual y mostró una actitud tímida, pero dispuesta a participar en la sesión. Su tono de voz era tranquilo y de volumen bajo. A medida que avanzó la sesión, manifestó tristeza al abordar temas que le resultaban dolorosos.

La consultante indicó que no había asistido previamente a terapia psicológica. Señaló también que, en la actualidad, mantiene una relación de pareja estable y que tanto su novio como la familia de él la han acogido y tratado como si fuera parte de su núcleo familiar.

Asimismo, refirió que acudió a psicoterapia debido a que lo consideraba un requisito implícito derivado de su formación profesional como estudiante de Psicología. No obstante, lo que inició como una obligación académica se transformó en un espacio de exploración personal con motivos más profundos, entre los que destacan los duelos no elaborados y las dificultades asociadas a la estructura familiar disfuncional en la que creció. Mencionó que su padre emigró a Estados Unidos, situación que ha generado un impacto significativo en la dinámica familiar.

La consultante ha atravesado diversas experiencias significativas, entre ellas: la pérdida de su gata Nala, hecho que le evocó recuerdos de otras dos mascotas fallecidas; la muerte de su abuelo paterno a causa de COVID-19; la migración de su padre a Estados Unidos, lo que detonó una alteración en la estructura familiar; y la ausencia física y emocional de su madre, hacia quien refiere sentimientos de abandono. Además, relató haber tenido relaciones de pareja en las que vivió experiencias de violencia, incluso abuso sexual. Estas vivencias, sumadas a la dificultad para expresar emociones y la escasa red de apoyo con la que cuenta, han contribuido a su malestar actual.

Comentó que, cuando se siente triste, suele aislarse en su habitación, acompañada de su otro gato, dedicándose a dibujar. En ocasiones, comparte sus emociones con su novio, a quien percibe como una fuente de apoyo.

Desde una perspectiva fenomenológica, se observa que la consultante tiende a atribuir el origen de sus dificultades a factores externos, sin reconocer plenamente su participación y responsabilidad en las experiencias que la afectan.

Finalmente, expresó como deseo principal “sentirse mejor”, así como mejorar la relación con su madre y sus hermanos, con quienes señaló mantener una convivencia distante. Manifestó pasar más tiempo con la familia de su novio, lo cual le genera sentimientos ambivalentes: agradecimiento por el trato afectuoso que recibe, pero también tristeza ante la indiferencia percibida por parte de su madre y la ausencia física de su padre.

3.3 Ficha de identificación

Consultante "E"

19 años es soltera, practicante católica.

Fecha de nacimiento 10 de mayo 2005, Ciudad Hidalgo, Mich.

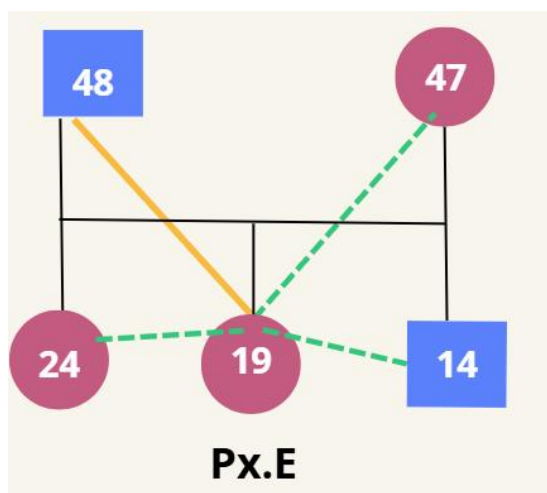
Estudiante del segundo semestre de la licenciatura en Psicología, UMSNH, Ciudad Hidalgo.

Del 09 de noviembre de 2023 a la fecha, en la Unidad Profesional de Ciudad Hidalgo.

Actualmente la consultante ha asistido a 49 sesiones.

Figura 6.

Familiograma



Padre de 48 años, se dedica al comercio.

Madre de 47 años, ama de casa.

Hermana mayor de 24 años, trabaja en lo que se titula de la Lic. En Derecho.

La consultante 19 años, estudia psicología.

Hermano menor de 14 años, es estudiante de secundaria.

Línea verde entrecortada: relación distante.

Línea amarilla: relación cercana.

Fuente: Elaboración propia

Historia clínica

A continuación, se describe la historia clínica de la paciente, ejemplificando con sus discursos textuales. De esta manera “P” significa Psicoterapeuta y “C” significa consultante.

La consultante actualmente vive con ambos padres, su hermana mayor y su hermano menor. En octubre del 2024 regreso su papá, ya que tenía un año y medio en Estados Unidos, en la parte de atrás en otra casa vive su abuelita paterna. En el 2023 su papá no se encontraba en México y fue un punto importante, su expresión fue de la siguiente manera:

P: “Muy bien, menciona a los integrantes de tu familia, su nombre, su edad, a que se dedican y tu relación con cada uno de ellos, en el orden que tu prefieras”

C: “Ok, (suspira) comenzaré con M es mi hermana, tiene 24 años, trabaja y está estudiando para el examen y titularse, ella estudio derecho. Me peleo mucho con ella”

C: Mi hermano E de 17 años.

“Pedro es mi papá, tiene 48 años, trabaja en Estados Unidos, tiene un año y medio más o menos, es la relación más cercana, pero es como un... lo tengo, pero no lo tengo. Y mi mamá se llama M, tiene 47 años, mmm creo que sí, no hay buena comunicación, ni cercanía.

En la parte de atrás en otra casa, vive mi abuela paterna y a dos casas de mi casa, vive mi abuela materna, con sus tres hijos.

Y tengo 2 gatos, hahahha bueno tenía... (se entristeció) Es que se murió hace como un mes (Se le llenaron los ojos de lágrimas) bueno la tuvimos que dormir, eso nos dijo el veterinario. Y tenemos a su hermanito de Nala, están igualitos.”

En cuanto a las parejas que la paciente ha tenido han sido cinco personas y su actual pareja se llama D. De ellos hay que destacar a L, que se hablará de él más adelante. De acuerdo con lo que se observó, la relación que ha tenido la paciente con las personas anteriormente mencionadas ha sido de poco tiempo, excepto los últimos dos.

3.4 Antecedentes de la paciente e historia del padecimiento actual

Para comprender el padecimiento actual, es necesario considerar los antecedentes relacionados con sus dificultades para expresar emociones y el impacto emocional de las pérdidas significativas.

Cuando la consultante se siente triste, suele aislarse en su habitación y evita compartir sus emociones con su familia. Comenzó relatando la pérdida de su abuelo paterno, quien falleció a causa de COVID-19, lo cual le impidió participar en los rituales tradicionales de despedida.

Durante la ausencia de su padre, su madre comenzó a salir de fiesta cada fin de semana con una tía, ingiriendo alcohol y regresando a altas horas de la noche. A raíz de ello, la consultante asumió el rol materno, responsabilizándose de sus hermanos y de la resolución de conflictos familiares, lo que la llevó a relegar sus propias necesidades.

En una ocasión, cuando intentó compartir con su madre una situación que la entristecía, recibió como respuesta: *“Tú has podido con todo sola.”* Esta frase minimizó su sentir, generándole vergüenza y culpa, lo que la llevó a distanciarse emocionalmente. Desde entonces, ha desarrollado la creencia de que debe poder con todo por sí misma.

Por otra parte, la consultante mencionó que anteriormente padecía gastritis y colitis. Sin embargo, asistió a una “*operación espiritual*” en Iramuco, en la cual —según su relato— la sanadora realizó la operación sin contacto físico. Desde entonces, afirma no haber presentado nuevamente dichos síntomas.

3.5 Historia de desarrollo

Familia de origen.

La consultante refiere que sus abuelas, materna y paterna, no mantienen una buena relación. Cuando sus padres contrajeron matrimonio, inicialmente vivieron con la abuela materna. Posteriormente, decidieron trasladarse a Estados Unidos, lo que provocó el enojo de la abuela materna, quien no apoyaba la decisión.

En ese periodo, su madre tenía ocho meses de embarazo y decidió regresar a México debido a la enfermedad de su propia madre. Su padre permaneció en Estados Unidos con la intención de ofrecerles una mejor calidad de vida. Durante su estancia en México, la madre de la consultante vivió con la abuela materna. El padre enviaba dinero para el ahorro familiar; sin embargo, una tía tomó esos recursos, generando un conflicto entre ambas familias. A raíz de ello, su madre decidió mudarse con la suegra. Esta situación marcó la distancia entre ambas abuelas.

Los padres de la consultante se casaron siendo jóvenes y planearon tener solo dos hijos, aunque posteriormente llegó un tercero.

La consultante nació a término, en buenas condiciones de salud. Refiere que percibe una preferencia paterna hacia su hermana mayor y materna hacia su hermano menor, lo que la hace sentirse como “*la crema de las galletas que nadie quiere*”.

Menciona que su madre carece de una escucha empática, lo que dificulta compartir con ella situaciones personales. Su padre, aunque presente, suele estar cansado o con horarios

diferentes, por lo que su comunicación se limita a aspectos prácticos (“**¿ya comieron?**”, “**¿qué les hace falta?**”). Si bien reconoce que él provee las necesidades básicas, le gustaría que estuviera más presente.

Señala que, cuando alguno de sus padres o hermanos se enoja, optan por el silencio, sin resolver los conflictos. Este patrón de evasión emocional se repite entre los miembros de la familia, lo cual refleja una dificultad compartida para manejar el enojo.

También comentó que su padre solía beber cuando vivía en México, hasta que su madre lo confrontó y le advirtió que se marcharía con los hijos si no dejaba de hacerlo. Desde entonces, el consumo de alcohol se redujo.

Respecto a su abuela paterna, refiere que tiene un carácter difícil y emite críticas sobre “*cómo debe comportarse una mujer*”, por lo que prefiere convivir con su abuela materna.

En el ámbito escolar, recordó haber tenido una maestra que le inspiraba temor, pero con la que aprendió a leer. También relató un episodio en el que la reprendieron por decir que había duendes en la escuela, lo que causó susto entre sus compañeros. Durante la secundaria, destacó por proteger a sus amigas y poner límites frente a profesores que tenían comportamientos inapropiados hacia ellas.

3.6 Historia social

Actualmente, la consultante cursa estudios en una institución donde mantiene relaciones cordiales con sus compañeras, aunque refiere no sentirse totalmente aceptada. Suele reunirse ocasionalmente con amigas de la secundaria, pero no con frecuencia.

Durante la adolescencia, participó en un grupo juvenil católico llamado Oasis. Decidió retirarse porque, según su percepción, los retiros eran emocionalmente demandantes. Aun así, guarda buenos recuerdos de sus visitas a la Ciudad del Niño y al asilo de ancianos.

Intentó integrarse al coro, pero cada vez que lo hacía, su madre enfermaba, lo que la llevó a desistir.

En la actualidad, dedica su tiempo libre a estar con su novio o ver películas y series junto a su hermana. Se observa una red social limitada y una tendencia a depositar la confianza principalmente en su pareja actual.

3.7 Historia familiar

Con base en la observación y en los relatos de la consultante, se identifica que, al ser la segunda hija de tres, asume frecuentemente un rol parental dentro de la dinámica familiar. Tiende a resolver problemas, cuidar de sus hermanos y mostrarse fuerte ante las adversidades, especialmente ante la ausencia física del padre y la ausencia emocional de la madre.

Esta situación ha propiciado conductas codependientes y una tendencia al abandono del autocuidado, dentro de un sistema familiar estructuralmente desequilibrado, en el cual la vulnerabilidad no tiene espacio.

Actualmente, la familia reside en la casa de la abuela paterna mientras concluye la construcción de su vivienda propia. La consultante refiere que su relación con dicha abuela es distante y que suele apoyarse emocionalmente en su hermana.

3.8 Problemas psicosociales y ambientales

La consultante manifestó no consumir alcohol, tabaco ni drogas.

En cuanto a sus relaciones de pareja, ha identificado episodios de violencia y la falta de límites saludables, los cuales reconoce como motivos principales para haber finalizado relaciones anteriores.

Durante las sesiones, también reveló haber sido víctima de abuso sexual, situación que no había compartido con nadie previamente. Este hecho confirma la escasez de redes de apoyo, así como el abandono emocional y la falta de confianza en su entorno familiar. Durante su relato, se observó la presencia de culpa, tristeza profunda y enojo.

3.9 Diagnóstico

Se aplicaron las siguientes pruebas psicométricas:

- Inventario de Depresión de Beck (BDI): obtuvo un puntaje de 20, lo cual indica un nivel de depresión leve.
- Test de Codependencia de Aura Medina de Wit: alcanzó un puntaje de 20, lo que sugiere la presencia de algunas características codependientes, sin llegar a constituir una adicción emocional.
- Prueba HTP (House-Tree-Person): los resultados muestran una personalidad cerrada al mundo exterior, con límites desequilibrados y una tendencia a ocultar la tristeza. Se observa poca comunicación con el entorno, ansiedad, pérdida de autonomía y una necesidad de superación, aunque con escaso apoyo emocional y económico.

Además, se consideraron las grabaciones de las sesiones como material complementario para el análisis del discurso y la comprensión profunda del proceso terapéutico.

Con base en los resultados obtenidos, la paciente fue referida al área psiquiátrica. Inició tratamiento médico en modalidad en línea con la Dra., quien prescribió sertralina, una tableta diaria por la noche, y pregabalina, una tableta diaria durante el ciclo menstrual. La siguiente cita de control estaba programada para un mes después.

La paciente tomó la medicación durante tres semanas, pero suspendió el tratamiento por decisión propia. En la cuarta semana lo comunicó a la psicoterapeuta, quien le recomendó contactar nuevamente a la psiquiatra para informarle sobre la suspensión.

Por solicitud de la psiquiatra, se estableció comunicación para comentar el caso. La especialista señaló la presencia del binomio depresión-ansiedad, así como una resistencia significativa al uso de medicación psiquiátrica. No obstante, destacó que la alianza terapéutica previamente establecida entre la paciente y la psicoterapeuta podría favorecer el proceso de recuperación emocional y contribuir al manejo del diagnóstico.

3.10 Descripción del tratamiento

El objetivo del tratamiento fue favorecer en la consultante el desbloqueo de las fases del ciclo de la experiencia, con el propósito de disminuir los síntomas de ansiedad y depresión, promoviendo así un contacto auténtico consigo misma y con los demás.

La meta terapéutica consistió en identificar las fases del ciclo de la experiencia donde se encontraba bloqueada y diseñar tareas específicas que le permitieran avanzar hacia la autorregulación y el contacto pleno.

Durante el proceso, se logró establecer una alianza terapéutica sólida, evidenciada en la confianza y la colaboración entre la consultante y la psicoterapeuta. La paciente se mostró receptiva a las intervenciones, expresando con claridad sus inquietudes y expectativas. Por mi parte, mantuve una actitud empática, basada en la escucha activa, la presencia plena y la validación constante de sus vivencias.

Esta relación facilitó la creación de un espacio seguro, propicio para la exploración de experiencias significativas, la adherencia al proceso terapéutico y el logro gradual de los objetivos definidos en conjunto.

En la siguiente tabla se presentan los principales hallazgos organizados como ejes de investigación, derivados de los temas relevantes abordados durante el proceso psicoterapéutico.

Cada eje se describe inicialmente en una tabla que contiene cuatro columnas:

- a) concepto relacionado con el eje;
- b) explicación del concepto a partir del proceso terapéutico;
- c) fragmento textual de la paciente que ejemplifica el concepto; y
- d) reflexión psicoterapéutica correspondiente.

Posteriormente, fuera de la tabla, se amplían y analizan los discursos asociados a cada eje, explicando el trabajo terapéutico realizado y los logros obtenidos durante el proceso.

Tabla 2.

Ejes de investigación

Eje 1: Vínculos con familia.	Eje 2: Expresión de emociones.
Eje 3: Vida social (amistades).	Eje 4: Relación de pareja.

Nota: Elaboración propia.

Eje 1: vínculo familiar

Durante el proceso terapéutico se observó que la paciente muestra ambivalencia en la manera de relacionarse con sus figuras parentales. Por un lado, reconoce la presencia de su padre como significativa; sin embargo, también describe su ausencia física y emocional debido a la distancia geográfica. Respecto a la madre, refiere falta de comunicación y

carencia de cercanía afectiva, lo que da cuenta de un vínculo debilitado y con dificultades para satisfacer sus necesidades emocionales.

“Pedro es mi papá, tiene 48 años, trabaja en Estados Unidos, tiene un año y medio más o menos. Es la relación más cercana, pero es como un... lo tengo, pero no lo tengo. Y mi mamá se llama María Elena, tiene 47 años, mmm, creo que sí, no hay buena comunicación, ni cercanía” (Sesión 1).

Este relato refleja una tensión entre la necesidad de contacto y pertenencia frente a la imposibilidad de satisfacer plenamente esa necesidad en el entorno familiar. Desde la psicoterapia Gestalt, esta tensión puede generar bloqueos en el ciclo de la experiencia, dando lugar a mecanismos de defensa que interrumpen la toma de conciencia y el contacto auténtico.

Tal es el caso de la *deflexión*, la cual se manifiesta cuando la paciente expresa la relación con el padre con la frase “lo tengo, pero no lo tengo”. Aquí se evidencia una forma de evitar entrar en contacto pleno con el dolor que le genera la ausencia, utilizando una ambivalencia discursiva que diluye la intensidad de la emoción.

Deflexión “lo tengo, pero no lo tengo” (sesión 1): tiende a estar muy presente en la ansiedad, porque la persona evita entrar de lleno en la experiencia dolorosa, desviando o diluyendo la intensidad de lo que siente. Se utiliza como una forma de no enfrentar directamente la tensión interna.

Otro evento significativo fue el regreso del padre en octubre de 2024. Él ya le había comentado sobre su regreso a casa, pero sin decir el día exacto, con el motivo de sorprenderla. La consultante llegó un día a su casa, saliendo de la escuela, y esto fue lo que sucedió:

Consultante: *“Y realmente no sentí... creo que no empecé a sentir ninguna emoción o algunos sentimientos, simplemente fue como lo abracé y lloré, y ya, pero algo que yo lograba como identificarlo.”* (sesión 24)

Psicoterapeuta: *“¿Lloraste? ¿El llanto no significa nada?”* (sesión 24)

C: *“Pues depende, porque lloro cuando me enojo, lloro cuando estoy feliz, lloro cuando estoy triste... entonces... sin él, sí lo extrañaba, me acostumbré a estar sin él.”*

P: *“Y eso es lo que te duele.”*

Consultante: *“Que me haya acostumbrado, quizás, pero no sé por qué, si nunca fue como que estuviera tan presente en la casa. Porque él trabajaba todos los días y no lo veíamos más que en la comida y en la hora de ir a dormir.”*

Este reencuentro provoca una mezcla de emociones, desde sorpresa hasta tristeza. La paciente había imaginado un reencuentro más emotivo y alegre, similar al de otros miembros de la familia, pero su propia reacción fue más contenida. Esto genera un conflicto interno sobre sus sentimientos y expectativas: una tristeza profunda por no tener la misma sensibilidad que sus familiares. La falta de un tiempo de calidad con sus padres ha generado sentimientos de tristeza y enojo, lo que complica su capacidad para disfrutar del reencuentro.

Se menciona la falta de un “domingo familiar” y cómo esto ha afectado su percepción de la familia. Expresa su miedo y ansiedad sobre cómo su vida cambiará con el regreso de su padre; se siente incómoda con la idea de tener que reorganizar su tiempo y sus relaciones.

Mecanismos de defensa observados en este eje

Postergación. Se encuentra en la fase de reposo; sirve para impedir la asimilación y alienación de la experiencia. No se da el tiempo para reflexionar, posterga el momento del

disfrute e impide el reposo necesario para dar continuidad a otra experiencia (Salama, 2008).

Desensibilización. Es la negación ante la sensación, es decir, la sensación está presente, pero la persona no la acepta; cuando la persona tiene la sensación, la niega, le incomoda y la anula (Salama, 2008).

Proyección. Se encuentra en la fase de formación de la figura; consiste en atribuir a algo externo lo que se encuentra en sí mismo. Es decir, si tiene algo que no le gusta y no lo acepta, lo atribuye al exterior y no asume su responsabilidad (Salama, 2008).

Introyección. Se encuentra en la fase de movilización de la energía; implica la incorporación de ideas o creencias que no se ha dado la oportunidad de reflexionar o analizar. Existe rigidez y poca flexibilidad; la persona se da cuenta de cuál es su necesidad, pero no sabe cómo satisfacerla (Salama, 2008).

Retroflexión. La persona se hace a sí misma lo que le gustaría hacer a los demás; tiene que ver con un nivel de agresividad. No expresa lo que siente y prefiere reprimirlo, por lo tanto, se hace daño sin darse cuenta (Salama, 2008).

Deflexión. Se encuentra en la fase de precontacto; la persona evita el contacto directo y dirige esa energía hacia otras opciones menos significativas, evitando así enfrentar y contactar con sus necesidades (Salama, 2008).

a) Desde la depresión

1. Desensibilización y postergación. La consultante introyecta la idea de que no debe molestar a los demás con sus sentimientos, manteniendo una distancia emocional protectora. Aprendió de su madre que evita el contacto emocional y no conecta con sus sentimientos, como lo mencionó la madre en el siguiente comentario *“ya voy a tener quien*

vaya a trabajar” (sesión 12) cuando ella le pregunto, ¿qué sintió cuando se enteró que estaba embarazada? lo que la lleva a postergar y minimizar sus propias emociones.

2. Introyección. La paciente introyecta creencias y patrones familiares sobre el “ser madre” o “ser hija”, adoptando como propios los valores y limitaciones de su familia. Esto se refleja en la dificultad para expresar emociones, las expectativas de aceptación y la necesidad de aprobación.

3. Retroflexión. La paciente se castiga a sí misma por no reaccionar como otros miembros de la familia, reprimiendo emociones para no alterar la dinámica familiar.

b) Desde la ansiedad

1. Deflexión. Evita el contacto con emociones intensas, desviando su atención hacia otros estímulos o pensamientos “postergando para otro momento”, evitando así enfrentarse a la vulnerabilidad.

2. Anticipación catastrófica y miedo a lo inesperado. El regreso del padre provoca ansiedad por posibles cambios en la rutina y en la dinámica familiar, generando inquietud sobre cómo organizar su tiempo y sus relaciones.

3. Rigidez y control de expectativas. Intenta manejar internamente sus emociones ante situaciones inesperadas, como la sorpresa del regreso del padre, regulando su expresión emocional para cumplir con la norma familiar de contención y autocontrol.

De acuerdo con Salama (1999), estos mecanismos permiten al paciente reducir el impacto de la frustración frente a necesidades no resueltas; sin embargo, al mismo tiempo interrumpen el proceso de darse cuenta y la posibilidad de transformar sus vínculos.

El análisis del vínculo familiar muestra que la paciente mantiene relaciones significativas con sus padres, pero atravesadas por ausencia, distancia y poca comunicación emocional.

El ciclo de la experiencia Gestalt se ve interrumpido principalmente por la deflexión y la desensibilización, lo que limita su capacidad para entrar en contacto con la necesidad profunda de cercanía y sostén afectivo.

Este estudio de caso sugiere que el fortalecimiento del darse cuenta y la exploración emocional pueden abrir la posibilidad de reorganizar los vínculos familiares, reconociendo tanto la ausencia como la necesidad legítima de contacto.

Intervención

Para trabajar la desensibilización en relación con su mamá, se le dejaron las siguientes preguntas:

1. ¿Qué pasó por tu cabeza cuando me sostuviste por primera vez en tus brazos?
2. ¿Cómo fue para ti el primer año en que me tuviste?
3. ¿Cuál es tu recuerdo favorito de nosotras juntas?
4. ¿Hay algo de nuestra historia en familia que has mantenido en secreto?
5. ¿Qué es aquello que siempre quieres que recuerde?

A las cuales ella responde:

Consultante: *“¿Qué pasó por su cabeza cuando te sostuvo en sus manos? Tal cual como me lo dijo” (Sesión 12).*

Mamá de la consultante: “Ya voy a tener quien vaya a trabajar.”

Psicoterapeuta: “Ok, ¿y por qué?”

Consultante: *“O sea, yo lo hice más como una plática con ella. Y estaba mi hermana presente, entonces mi hermana dijo...”*

Hermana de la paciente: *“Ella nada más quiso tener hijos para mandarlos a trabajar, para irnos a trabajar y que le dieran dinero.”*

Consultante: *“Y mi mamá se quedó pensando, y con que después se nos olvidó seguir con la plástica.”*

En esta pequeña conversación se observa que la madre no quiso contactar con sus emociones ni sentimientos, mostrándose poco afectiva, en una **desensibilización e introyección**. La paciente pudo haber aprendido esta manera de manejar sus emociones. Indica que siempre que realiza preguntas pone más atención a otras cosas, evitando el contacto, es decir, postergando para otro momento.

Más adelante, la madre comentó que no la pudo cargar porque tenía una hernia y que ella estaba “gordita y pesaba mucho”; agregó que había llorado mucho, pero que también fue un momento muy feliz.

Posteriormente, pudieron establecer una conversación donde la madre confesó que siempre había sido ama de casa y que, desde los ocho años, trabajaba. Le platicó sobre su juventud y cómo se hacía cargo de sus hermanos menores.

Consultante: *“Yo siento que una persona muy cansada, agotada de todo, que a su vez es triste porque, bueno, en el relato también nos decía que a mi abuelita le pegaba mucho, entonces nunca fue como recibir un abrazo, pero sin golpe.”*

Psicoterapeuta: *“¿Ahora, poniendo la etiqueta de mamá, ¿qué piensas de ella?”*

C: *“Una persona muy valiente. Porque, a pesar de lo que ella vivió, intentó cambiar cosas, porque nosotras nunca fue como que nos pusieran desde chiquitas a ‘van a hacer esto en la casa’, o ‘me van a ayudar a hacer la comida’, o, por ejemplo, mi hermana, ‘tienes que hacerte cargo de tus hermanos’, o golpes. Tampoco nunca recibimos golpes, ni de ella ni*

de mi papá. Y ambos crecieron en familias con golpes. Entonces, sí es como, pues fuerte, porque después de todo dejó como su niñez y, pues, intentó cambiar un poco las cosas, a pesar de que hay como actitudes que le siguen repitiendo como las que tenía mi abuelita, intentó cambiar las cosas.”

P: *“¿Cuáles tenía tu abuelita que sí detectaste?”*

C: *“El hecho de que, con todos sí, pero con una no. Y creo que, con el favoritismo, porque también con la abuelita sí, en la historia se veía y se sigue viendo favoritismo a un hijo, entonces es como eso.”*

En esta sesión (#12) aprendió a ver a su mamá en su totalidad y con su historia de vida. Logró reconocer que a ambos padres hay que aceptarlos tal y como son.

Paciente: *“Porque después de todo, no es como que ellos intenten cambiarnos.”*

En esta sesión se permitió reflexionar sobre la conexión emocional entre ella y su mamá, así como sobre el amor maternal. Asimismo, se mostró sorprendida por la profundidad de las respuestas y la historia de su madre.

Pudo darse cuenta de que su abuela materna era violenta en algunas ocasiones. Se invitó a la entrevistada a reflexionar sobre lo que espera de su madre y lo que realmente tiene en su relación. Se le sugirió escribir una carta a su madre expresando gratitud y pidiendo perdón.

Se observa cómo situaciones anteriores marcan la dinámica familiar actual, los introyectos y creencias que existen sobre el “ser mamá”, los roles familiares y la importancia de la comunicación para mejorar la relación. Queda como inspiración que el cambio generacional es posible. Reflexionar sobre las expectativas que tiene hacia su madre es importante para la aceptación y el entendimiento.

Podemos concluir que, con esta actividad, se movilizó la energía y se permitió la acción y la expresión, tomando contacto con las emociones vividas de la madre y reintegrándolas a su historia.

Ella espera que su mamá la deje tomar sus propias decisiones y pueda ser una guía, un apoyo, alguien con quien platicar. Se menciona la importancia de que la madre reconozca las diferencias individuales y no compare a su hija con otros.

La paciente también aprendió esta manera de evadir el contacto emocional: ante la falta de respuestas afectivas, suele distraerse, poner atención en otras cosas o postergar la conversación. Esta dinámica de anestesiar la emoción es típica de la desensibilización.

Identificación de la desensibilización.

La madre se muestra distante al hablar de su maternidad inicial, minimiza lo afectivo y se centra en aspectos prácticos. Posteriormente, en otro relato, comenta que no pudo cargar a la hija porque tenía una hernia y que ella “lloró mucho”, aunque también fue un momento feliz. Estos mensajes ambiguos y parciales refuerzan la tendencia a reducir la intensidad emocional en lugar de expresarla plenamente.

Se invitó a la paciente a explorar la historia de vida de su madre —infancia marcada por trabajo desde los ocho años, violencia de la abuela, ausencia de abrazos y ternura— a través de una fantasía guiada. Este acercamiento permitió comprender que la madre utiliza la desensibilización como un mecanismo aprendido para sobrevivir en un entorno duro.

En sesión, la paciente comenzó a nombrar a su madre como “valiente”, reconociendo tanto sus limitaciones como sus intentos de cambiar los patrones de violencia y favoritismo de generaciones anteriores.

Se propuso un ejercicio de carta terapéutica, en la cual la paciente pudiera expresar gratitud y pedir perdón, movilizando la energía emocional que antes quedaba bloqueada.

Gracias a este proceso, la paciente pasó de mirar a su madre solo como distante o poco afectiva, a verla en su totalidad, integrando su historia de dolor, cansancio y resiliencia. Logró aceptar que su madre, aunque marcada por la desensibilización, también intentó generar un cambio generacional al no repetir los golpes ni imponer responsabilidades tempranas a sus hijas.

En ambos casos, el proceso terapéutico favoreció que la paciente reintegrara emociones bloqueadas, movilizara la energía detenida en los mecanismos de defensa y pudiera ver a sus padres desde una perspectiva más amplia, realista y compasiva. Esto cumple uno de los objetivos principales de la psicoterapia Gestalt: cerrar gestalts inconclusas y abrir la posibilidad de un contacto pleno en el presente.

Eje 2: Expresión de emociones.

Dentro del proceso mencionó que prefería ignorar lo que sentía. (En la sesión 7)

P: - *¿A lo cual pregunte, quien la había hecho sentir ignorada?*

C - *Cuando me preguntó qué ¿por quién me había sentido ignorada? fue mi mamá*
(empezó a llorar).

P: - *¿Cómo fue?*

C. - *Una vez quería hablar con mi mamá y le empecé a decir que me sentía muy triste, que extrañaba la preparatoria, que extrañaba a mi papá y le decía que ya no podía.*

Ella me contestó “tú siempre has podido sola” y traté de calmarme y me fui a mi cuarto.

Esto afirma que es difícil expresar sus emociones en familia.

Durante una sesión, se abordó el tema de la expresión emocional. Se preguntó a la paciente si consideraba que, en su infancia, le habían enseñado cómo expresar sus emociones. Ella respondió que el enojo y la tristeza eran temas de los que no se hablaba dentro de su contexto familiar. A continuación, se presenta un fragmento del diálogo sostenido durante la sesión:

C: *“Cuando me enojo con mis hermanos, cada uno se va a su cuarto y después nos hablamos como si nada”.*

P: *“¿Y alguien habla sobre el problema?”*

C: *“No, seguimos como si nada hubiera pasado”.*

P: *“¿Quién más actúa de esa manera, además de tus hermanos?”*

C: *“Mis papás”.*

P: *“Entonces han aprendido a enfrentar las situaciones de esa forma”.*

C: *“Sí, de hecho, hasta ahora me estoy dando cuenta”.*

En esta situación se observa un bloqueo en el ciclo de la experiencia, particularmente en la movilización de energía. La paciente aprendió a reprimir emociones como la tristeza y el enojo, minimizando su importancia y evitando la confrontación. Este patrón evidencia introyecciones familiares —creencias internalizadas— que le impiden expresar emociones de manera saludable.

La paciente sostenía la idea de que “no es bueno enojarse”, pues “nada cambia” y “lo mejor es callar”. Este mecanismo refleja una autoanulación emocional, que genera desconexión afectiva y dificultad para satisfacer sus necesidades de contacto y autenticidad.

Expresión del afecto

(sesión 27)

C: *“No me gusta que unos compañeros se estén besando y abrazando en el salón”.*

P: *“¿Qué sientes?”*

C: *“Como que me incomoda”.*

C: *“Fuimos el domingo a cenar con la familia de mi novio y me sentí rara”.*

P: *“¿Qué fue lo que te hizo sentir así?”*

C: *“Pues es que ellos son una familia muy unida; todos se preguntan cómo están y se cuentan las cosas”.*

P: *“¿Y eso te gusta?”*

C: *“Me incomoda, porque ni mi mamá se pone a platicar así conmigo. Una vez tuve una plática con la señora —mi suegra— y me decía que, si Daniel me hacía algo, podía confiar en ella”.*

Mecanismos de defensa identificados

a) Depresión

1. Desensibilización: la paciente minimiza la emoción y aprende a desconectarse del dolor de ser ignorada. Esto genera un vacío emocional y la sensación de que no hay espacio para su sentir.

2. Introyección: internaliza creencias como *“tengo que poder sola”* o *“no debo expresar tristeza ni enojo”*, bloqueando la movilización de energía y la espontaneidad.

3. Proyección: no puede permitirse disfrutar del afecto como los demás. Le incomoda observar expresiones amorosas, pero en realidad refleja un deseo reprimido de experimentar cercanía y ternura.

b) Ansiedad

1. Deflexión: al sentir una carga emocional intensa, busca desviarla o diluirla —por ejemplo, encerrándose en su cuarto o evitando confrontar directamente—. Esto genera un patrón de evitación ante el miedo a no ser escuchada o aceptada.

Intervención terapéutica

Darse cuenta: se facilitó que la paciente reconociera cómo en su familia existía una regla implícita de no hablar sobre el enojo ni la tristeza. Identificó cómo ese aprendizaje se había convertido en una pauta automática.

Expresiva: se promovió que la paciente expresara en sesión lo que hubiera querido decirle a su madre en aquellos momentos. Este ejercicio facilitó el contacto con la tristeza no expresada y la validación de su necesidad de apoyo.

Movilización de energía: se cuestionó la creencia “*siempre he podido sola*”, abriendo la posibilidad de reconocer la necesidad de acompañamiento y pedir ayuda.

Movimiento energético: mediante ejercicios de respiración y conciencia corporal, se fomentó que la paciente sostuviera la emoción en el presente sin huir, otorgándole un cauce saludable.

Expresión del afecto: mecanismos de defensa

a) Depresión

1. Proyección: al no poder reconocer ni aceptar su propio deseo de afecto, la paciente lo proyecta, juzgando las manifestaciones amorosas de otros como molestas o inapropiadas. En realidad, lo que le incomoda es enfrentarse con aquello que anhela y no ha tenido.

2. Desensibilización: evita contactar con la ternura o con su necesidad de cuidado, anestesiando su emoción y reprimiendo su vulnerabilidad.

b) Ansiedad

1. Introyección: mantiene la creencia de que “no está bien mostrar afecto” o “eso no se hace”. Esta idea internalizada le genera tensión interna cuando presencia dinámicas familiares más abiertas y afectuosas. La rigidez aprendida provoca incomodidad y alerta ante lo que podría ser nutritivo emocionalmente.

Intervención terapéutica

Confrontación suave: se exploró cómo aquello que la paciente critica o considera incómodo —las expresiones de afecto— es, en realidad, algo que ella anhela profundamente, aunque no lo reconozca de manera consciente.

Expresiva: se le invitó a experimentar el recibir gestos de cuidado (por ejemplo, aceptar un abrazo, mantener contacto visual o realizar un ejercicio de apoyo corporal) para vivenciar, de forma segura, aquello que suele evitar.

Integración de la proyección: se le ayudó a identificar que el afecto no es algo incómodo, sino una necesidad negada. El reconocimiento de la frase “*yo también necesito cariño*” fue un punto clave para desbloquear este mecanismo.

Tarea terapéutica: se le recomendó permitirse pequeños gestos de afecto con personas de confianza —recibir abrazos, aceptar ayuda o expresar gratitud—, priorizando sus necesidades emocionales como un acto de autocuidado.

Finalmente, se reforzó la importancia de “dejarse querer”, dar y recibir cariño, y aceptar la ayuda de los demás como una práctica constante de apertura y crecimiento emocional.

Eje 3 Vida social.

Durante la sesión 31 de entrevista psicológica, la paciente relató que había tenido que entrevistar a una compañera, y que esta experiencia le generó tristeza. La emoción surgió porque la entrevistada le reflejó su propio dolor, al compartir la situación que vivía con su padre enfermo. La paciente mostró empatía hacia ella, pero también proyectó su propia tristeza no resuelta por pérdidas pasadas.

En ese momento, su compañera funcionó como un espejo que le permitió contactar con experiencias personales de pérdida, llevándola a reflexionar sobre su capacidad para manejar y sostener sus emociones. La paciente expresó sentirse incómoda al ver a otros llorar, reconociendo que esto la confrontaba con su propia tristeza y con la dificultad de validarla.

Se sugirieron tareas terapéuticas orientadas a favorecer el contacto y la regulación emocional, tales como la práctica del *grounding* (conexión a tierra) y la observación consciente del cuerpo. Además, se propuso ver una película relacionada con la falta de demostrar amor los ciclos de la vida y la muerte, para integrar el tema de la pérdida y el sentido de continuidad vital. También se invitó a honrar a las personas y mascotas significativas que han partido, como una forma simbólica de cierre y reconciliación emocional.

Estas actividades buscan fomentar la autoexploración, el reconocimiento de la tristeza y el crecimiento personal, permitiendo integrar la experiencia de la pérdida desde una perspectiva gestáltica.

Conflicto interpersonal y aprendizaje relacional

La paciente relató un conflicto con su grupo de seis amigas. Durante un año existieron malentendidos y rumores inventados, lo que generó un clima de tensión y distancia. Gracias al trabajo reflexivo surgido a partir de las entrevistas, logró enfrentar la situación y expresarse abiertamente.

Después de hablar con sus compañeras, manifestó haber aprendido que “*hablando se arreglan las cosas*” (sesión 31). Reconoció, además, que ahora puede distinguir en quién confiar y la importancia de establecer límites saludables. Esta experiencia fortaleció su autoconfianza y la motivó a retomar el vínculo grupal desde una comunicación más clara y madura.

Mecanismos de defensa observados

a) Desde la depresión

1. Desensibilización: la paciente minimiza la importancia de la opinión de los demás (“¿para qué?”), apagando su necesidad de pertenencia o validación. Este patrón refleja una anestesia emocional, que encubre la tristeza por no sentirse en contacto o aceptada. También se manifiesta cuando evita conectar con su tristeza al ver llorar a otros, “apagando” su resonancia emocional.

2. Proyección: al identificarse con la situación de su compañera —quien vive el sufrimiento por un padre enfermo—, proyecta su propia tristeza por pérdidas previas. De esta manera, reconoce indirectamente su dolor, utilizando al otro como espejo.

3. Introyección: sostiene creencias implícitas como *“debo poder sola”* o *“no necesito de los demás”*, las cuales restringen su espontaneidad y bloquean la apertura relacional. Estas ideas funcionan como mandatos internos de autosuficiencia, que la alejan del contacto auténtico.

b) Desde la ansiedad

1. Deflexión: ante la intensidad emocional que genera ver llorar a otros, desvía la experiencia hacia fuera, enfocándose en el otro para no sentir su propia emoción. Esto evidencia un patrón de evasión del contacto con la tristeza.

2. Retroflexión: en el conflicto con sus amigas, la paciente retuvo durante un año su malestar, sin expresarlo. La energía que podría haberse canalizado hacia el contacto fue contenida en sí misma, generando tensión emocional y corporal.

Intervenciones terapéuticas

1. Toma de conciencia del patrón relacional: se trabajó para que la paciente reconociera que al no escuchar ni compartir con los demás, refuerza una creencia depresiva de autosuficiencia forzada. También comprendió que su incomodidad frente al llanto ajeno refleja su propia dificultad para sostener su tristeza.

2. Grounding y contacto corporal: se sugirió el uso de técnicas de respiración consciente, arraigo corporal y atención al entorno para regular la ansiedad, anclar la experiencia y permitir sostener la emoción sin huir de ella.

3. Trabajo con la proyección: se exploró la empatía surgida hacia su compañera como una vía para reapropiarse de su tristeza. Este proceso facilitó la integración emocional y la reconexión con su propio dolor.

4. Experimentos en sesión: se realizaron ejercicios de sillas vacías para representar los diálogos pendientes con sus amigas. Esto permitió ensayar la expresión directa de sus necesidades y reconocer las sensaciones corporales asociadas al evitar escuchar opiniones ajenas.

Asimismo, se practicó cómo recibir y considerar aportes de los demás sin perder su centro.

5. Tareas terapéuticas:

Ver una película relacionada con la vida, la muerte y el proceso de duelo, como recurso simbólico para reflexionar sobre la pérdida y la aceptación del ciclo vital.

Realizar un acto de homenaje o memoria hacia las personas y mascotas fallecidas, para transformar la tristeza en gratitud y cierre.

En el ámbito social, priorizar la comunicación directa y clara, tal como experimentó al resolver el conflicto con sus amigas.

Resultados terapéuticos

La consultante logró romper la retroflexión al hablar con sus amigas después de un año de silencio, lo que fortaleció su convicción de que la comunicación directa facilita la resolución de conflictos.

Reconoció que necesita de los demás, comprendiendo que escuchar y compartir opiniones no la debilita, sino que enriquece el contacto y la autenticidad.

Al trabajar con la proyección, entendió que lo que le incomodaba del llanto ajeno era su propia tristeza reprimida, lo que abrió la posibilidad de validarla y sostenerla.

Finalmente, mediante las prácticas de grounding y la reflexión sobre la muerte, avanzó en la aceptación de la vulnerabilidad como parte natural de la vida, reduciendo tanto la anestesia emocional (depresiva) como la evitación ansiosa.

Eje 4 Relación de pareja.

La paciente relató que había recibido un mensaje por Facebook de una joven que afirmaba que su pareja le escribía. Ante esta situación, expresó haber sentido tristeza y enojo, aunque en lugar de actuar impulsivamente, decidió esperar y hablar directamente con su pareja. Reconoció que, en ocasiones anteriores, reaccionaba llamando de inmediato, cargada de enojo y tristeza, lo cual solía generar conflictos.

En esta ocasión logró autorregularse emocionalmente, esperar el momento oportuno y aclarar sus dudas a través del diálogo. Aunque se percibió ansiosa por no poder verlo pronto, consiguió manejar esa ansiedad de manera adecuada. Expresó que con su pareja ahora pueden dialogar sin discutir, comunicándose con mayor serenidad. Asimismo, comentó que ya no siente culpa por expresar sus emociones, lo que ha reducido su tristeza. Añadió que los pensamientos catastróficos han disminuido y que aprendió a retirarse a solas cuando lo necesita, llorar, y después volver al contacto desde un estado más tranquilo.

La consultante ha sido constante en su asistencia a las sesiones, aunque refiere que a veces no logra visualizar plenamente sus avances. Sin embargo, reconoce mejoras significativas en su comunicación con sus amigas y con su pareja. En relación con su familia, considera que aún no ha alcanzado el nivel de cercanía que desearía, manteniendo expectativas altas. También menciona continuar con una sensación de somnolencia frecuente, posiblemente vinculada a procesos emocionales en curso.

Primera sesión de cierre

Durante la primera sesión de cierre, se le preguntó directamente si se encontraba lista para concluir el proceso psicoterapéutico. (Sesión 47).

P: *¿Hay algo que haga falta trabajar? ¿Te encuentras lista para comenzar a dar un cierre a tu tratamiento?*

Consultante: *“Siento que sí, pero no. Hay cosas que me cuestan aún. Por ejemplo, cuando me siento triste, en algunas ocasiones pienso en mandarle mensaje, pero logro tranquilizarme y veo si necesito más ayuda, pero hasta ahí. Lo que me hace sentir que estoy lista es que, cuando me siento mal, ya lo soluciono yo. No lo dejo a la deriva ni espero que alguien lo resuelva, algo que sí hacía antes, porque me aferraba a que el otro solucionara, y eso ya no me pasa. Me digo: ‘no puedo, no puedo’, pero me doy un empujoncito y digo: ‘sí puedo’.*

Me siento más tranquila conmigo. Cuando decido pedir ayuda, la pido a mis compañeras. Antes me dejaba llevar por lo que los demás querían, y ahora siento que decido yo. No me dejo llevar tan fácil. Antes me sentía más atrapada, y ahora, si estoy triste, me doy el espacio para llorar, y eso me ayuda a liberarme. Siento que saco lo que tenía que llorar y ya.”

P: *¿Recuerdo que en una de las primeras sesiones me decías que no te gustaba que alguien te viera llorar?*

Consultante: *“Sí. Siento que antes me molestaba. No me gustaba sentirme así. Pensaba que yo podía con todo, que era fuerte, por eso no lloraba, porque los demás tenían una imagen de mí, y no me gustaba romperla.”*

P: *¿Desde cuándo empezaste a notar que no podías con todo sola?*

C: *“Creo que me ayudó la tarea que me dejó, la de pedir ayuda. La verdad, me fue muy difícil, pero ahora siento que puedo acercarme a mis compañeras y darles un abrazo.”*

La consultante reconoce que, cuando algo la entristece, se permite apartarse, llorar y liberar la emoción, en lugar de reprimirla. Ha comprendido que mostrarse triste no es sinónimo de debilidad, sino una forma de contacto consigo misma. Destaca como una de sus herramientas más valiosas la capacidad de reconocer el enojo y transformarlo en límites saludables.

Asimismo, ha trabajado la expresión del afecto, comprendiendo que en ella habitan múltiples emociones: *yo triste, yo amorosa, yo fuerte*. Finalmente, expresó con convicción: *“me tengo a mí”*, integrando el sentido de autocuidado y autocompasión.

Se le dejó como tarea reflexionar sobre si existía algo que aún le generara enojo o quedara pendiente por trabajar, y escribir una carta dirigida a su “yo del pasado”.

Segunda sesión: trabajo con el “yo del pasado”

En la siguiente (sesión 48) , la paciente presentó su carta utilizando la técnica de silla vacía, donde su yo presente dialogaba con su yo del pasado.

Consultante: *“¿Sabes? Por fin pudiste hablar de él, ya no pienses que es tu culpa.”*

En este escrito, la paciente expresó que por fin pudo hablar del abuso sexual que había vivido, un hecho que había mantenido en silencio por años. Mencionó que extraña a sus amigas de preparatoria, pero reconoció que ahora tiene un nuevo grupo de apoyo. Describió a su pareja actual como alguien que *“la hace sentir en casa, tranquila y segura”*.

También manifestó orgullo por haber iniciado su proceso terapéutico, algo que deseaba desde la secundaria, y se agradeció por haberlo hecho en el momento oportuno. Reconoció que aún hay cosas que no sabe cómo afrontar, pero que siempre ha encontrado la forma

de hacerlo. Terminó la carta agradeciéndose a sí misma y animándose a pedir ayuda cuando lo necesite.

Como tarea, se le propuso escribir una carta a la persona que cometió el abuso, y una segunda carta dirigida a su yo del futuro. Se le pidió, además, llevar una vela simbólica para la siguiente sesión.

Tercera sesión: integración y liberación simbólica

Durante la tercera y última sesión 49, comenzó leyendo la carta dirigida a la persona agresora. En ella, lo llamó por su nombre y apodo, expresando profundo dolor, enojo y decepción. Reconoció el aprecio que alguna vez sintió y la traición vivida.

Manifestó miedo, asco y culpa por lo ocurrido, pero también expresó con claridad su deseo de no seguir cargando con ese peso emocional. Dijo que no le guarda rencor, pero sí decepción, y que no desea volver a verlo jamás.

Se le pidió romper la carta como símbolo de liberación y posteriormente quemar los fragmentos, transformando el dolor en cierre. Después de este acto, se realizó una recapitulación de los aprendizajes terapéuticos, que la paciente resumió en tres puntos:

1. *“Poder alejarme de personas que no me suman.”*
2. *“Poder poner límites.”*
3. *“Aprender a expresar mis emociones, conocerlas y no guardármelas.”*

Finalmente, se le solicitó sacar su carta al “yo del futuro” y su vela simbólica. Se le explicó que la vela representaba la luz que el proceso terapéutico había encendido en su vida. Con la técnica de la silla vacía, su yo presente habló con su yo futuro:

Consultante: *“Está cerca mi cumpleaños. Deseo que sea un buen cumpleaños, que esté bien y sea feliz. Recuerda que está bien sentir las emociones; eso no te hace menos persona, ni menos valiente, ni menos fuerte. Te deseo lo mejor en todo. Que sigas siendo feliz al lado de tu novio, que te quieras. Que no dudes en volver a terapia cuando lo necesites. Eres muy valiente; saca todo lo que te atormenta, abre los ojos y mira el mundo de otro color.”*

Comentó que la carta al yo *del pasado* le resultó menos complicada que la *del yo del futuro*, de alguna forma, ambas convergían en su yo presente.

Al finalizar, se le reconoció su esfuerzo, constancia y compromiso con el proceso terapéutico. Se le reforzó la idea de que su crecimiento ha sido fruto de su valentía, de su capacidad de tomar decisiones y confiar en sí misma.

La paciente concluyó diciendo que se lleva tranquilidad, mayor seguridad y la certeza de que puede apoyarse en otras personas cuando lo necesite, integrando la noción de sostén y red vincular como parte esencial de su bienestar.

CAPITULO IV CONCLUSIONES

El presente estudio de caso representa una integración entre los elementos teóricos y prácticos de la Psicoterapia Gestalt, ofreciendo una comprensión profunda del proceso terapéutico desde una perspectiva vivencial. Además, deja abiertas diversas líneas de investigación para futuros estudios sobre la ansiedad y la depresión en relación con el ciclo de la experiencia, permitiendo identificar con mayor precisión las fases y bloqueos que se manifiestan en cada etapa del proceso de contacto.

Desde el ámbito formativo, este estudio constituye una aportación significativa para la formación de psicólogos clínicos, al promover una visión integradora entre la teoría y la

práctica. Asimismo, contribuye al desarrollo de una sensibilidad profesional orientada al acompañamiento humanista y al respeto de los procesos individuales.

De manera personal y profesional, la experiencia obtenida a través de este caso ha aportado nuevas herramientas terapéuticas que fortalecen la capacidad para diseñar o adaptar técnicas de intervención gestáltica, con el fin de facilitar que el paciente alcance su autorregulación y un contacto más pleno consigo mismo y con su entorno.

Con base en el objetivo general —Analizar la manifestación y modificación de la sintomatología depresiva y ansiosa de una joven universitaria de 19 años durante una intervención psicoterapéutica desde la perspectiva de la Psicoterapia Gestalt— se concluye que la consultante logró avanzar significativamente en el conocimiento y la expresión de sus emociones, permitiéndose otorgar un espacio a cada una de ellas y reconociendo su impacto en la vivencia diaria. Este proceso contribuyó a la recuperación del equilibrio emocional y evitó la polarización del estado de ánimo que deriva en patologización (ansiedad o depresión). La apertura para pedir ayuda cuando lo necesitaba constituyó un aspecto fundamental, ya que favoreció la elaboración de estrategias de afrontamiento y la construcción de un vínculo terapéutico seguro.

Asimismo, la perseverancia y constancia demostradas al realizar sus tareas y asistir a las sesiones facilitaron el proceso de intervención, permitiendo que los avances fueran no solo experienciales, sino también observables en la disminución de síntomas depresivos y ansiosos.

Desde la perspectiva de la Psicoterapia Gestalt, se evidenció que el abordaje centrado en el ciclo de la experiencia y en los mecanismos de defensa permitió identificar los bloqueos que contribuían al mantenimiento de la sintomatología, así como generar cambios en la autorregulación emocional y en la manera en que la paciente se relaciona consigo misma

y con los demás. Las técnicas de silla vacía y fantasía guiada facilitaron la exploración emocional, posibilitando la toma de conciencia de polaridades internas y conflictos intrapsíquicos. Por su parte, la meditación y la práctica del aquí y ahora promovieron la calma ante pensamientos intrusivos, fortaleciendo la conciencia emocional y la autorregulación.

Durante el proceso terapéutico se identificaron mecanismos de defensa como la desensibilización, la introyección y la proyección desde la depresión, y la deflexión y la retroflexión desde la ansiedad. La paciente aprendió a reconocer y transformar estos mecanismos, logrando expresar emociones sin culpa, mantener contacto auténtico con su entorno y disminuir la ansiedad anticipatoria.

La intervención posibilitó el cierre de varias gestalts relacionadas con conflictos familiares, experiencias pasadas y situaciones de pareja, favoreciendo la integración emocional, el fortalecimiento del self y el desarrollo de recursos de autocuidado, resiliencia y autonomía.

En relación con los supuestos planteados, se confirma lo siguiente:

1. Respecto al primer supuesto, la intervención psicoterapéutica desde la Psicoterapia Gestalt se mostró efectiva para analizar y modificar la sintomatología depresiva y ansiosa, ya que se observó una reducción significativa de los síntomas, junto con una mayor toma de conciencia, autorregulación e integración emocional.
2. En relación con el segundo supuesto, el diseño metodológico detallado y contextualizado permitió comprender en profundidad el proceso psicoterapéutico, garantizando el rigor y la validez del estudio de caso, lo cual fortaleció la interpretación de los resultados.
3. Sobre el tercer supuesto, la identificación de los mecanismos de defensa y de las interrupciones del ciclo de la experiencia resultó fundamental para comprender la dinámica

de la sintomatología y orientar las intervenciones terapéuticas hacia la modificación de patrones disfuncionales, confirmando la eficacia del enfoque Gestalt.

4. Finalmente, respecto al cuarto supuesto, el proceso terapéutico Gestalt facilitó la transformación de los patrones de contacto consigo misma y con los demás, generando cambios observables en la expresión emocional, la autoconfianza y la regulación afectiva de la consultante, lo cual se tradujo en una mejora integral en su bienestar psicológico.

En cuanto a la pregunta de investigación —¿Cómo se manifiestan y modifican los síntomas de depresión y ansiedad en una joven universitaria de 19 años durante una intervención psicoterapéutica desde la perspectiva de la Psicoterapia Gestalt?— se concluye que la sintomatología depresiva y ansiosa se manifestó inicialmente a través de la inhibición emocional, la desensibilización, el aislamiento social, la autculpa y los pensamientos catastróficos, mientras que, tras la intervención Gestalt, estas manifestaciones se modificaron hacia una expresión emocional más consciente, contacto genuino con su entorno, regulación de pensamientos y fortalecimiento del self. Este cambio fue posible gracias a la toma de conciencia, la integración de emociones reprimidas, la identificación de necesidades personales y el desarrollo de recursos internos para afrontar la realidad desde el presente.

En síntesis, el estudio demuestra que la Psicoterapia Gestalt constituye un enfoque efectivo y humanista para analizar y modificar la sintomatología depresiva y ansiosa en jóvenes universitarios, al promover la conciencia emocional, la expresión auténtica, la autorregulación y la integración de la experiencia personal dentro de un proceso terapéutico significativo y transformador.

4.1 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En cuanto a las limitaciones teóricas, se identificó la necesidad de mayor investigación desde la Psicoterapia Gestalt respecto al desarrollo de técnicas para el tratamiento conjunto de la depresión y la ansiedad.

Respecto a las limitaciones metodológicas, fue relevante considerar los días de suspensión y periodos vacacionales, los cuales dificultaron la continuidad del proceso. La posibilidad de atender a la paciente en un consultorio y horario particular habría facilitado el tratamiento, evitando retrasos.

En las limitaciones personales de la paciente, se observó que canceló varias sesiones por motivos de salud, debido a alergias derivadas de los cambios climáticos. Además, por la lejanía de la Unidad Profesional, prefería no trasladarse para evitar afectaciones. En los periodos de evaluaciones semestrales, el estrés académico también la llevó a posponer algunas citas.

En cuanto a las limitaciones personales del terapeuta, la mayor parte del tratamiento se realizó en un periodo en el que solo disponía de dos horas libres, debido a compromisos laborales. Esta situación permitió reconocer y trabajar emociones personales, como el enojo, dándole espacio y aprendiendo a expresarlo de manera asertiva, sin dañar al otro.

Como sugerencia principal, se considera necesario continuar trabajando teóricamente en estos temas, abordándolos por separado para profundizar en las técnicas aplicables a cada bloque del ciclo de la experiencia. Además, sería recomendable que los pacientes pudieran asistir a un consultorio particular o a un espacio céntrico que facilite su acceso.

Finalmente, se proponen posibles líneas futuras de investigación:

- *Efectos de las figuras de apego en el desarrollo del ciclo de la experiencia.*

- *Implicaciones de los factores culturales en la expresión del ciclo de la experiencia en hombres.*
- *El lenguaje interno y la introyección en el ciclo de la experiencia.*
- *Interrupciones del ciclo de la experiencia en eventos traumáticos durante la infancia o adolescencia.*
- *La importancia de la conciencia corporal en el ciclo de la experiencia.*

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5.^a ed.).
- Areti, S., & Bemporad, J. (1993). Psicoterapia de la depresión. México: Paidós.
- Ayala Romera, R., & Rodríguez Naranjo, M. C. (2020). Terapia de aceptación y compromiso y terapia Gestalt: Factores de convergencia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 263–278.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.368>
- Baumgardner, P. (2006). Terapia Gestalt: Teoría y práctica. Una interpretación (2.^a ed.). México: Pax.
- Blázquez, C. F. (1995). Marcel. Ediciones del Orto.
- Burga, R. (1981). Terapia gestáltica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13, 85–96.
- Castanedo, C. (2008). Seis enfoques psicoterapéuticos (2.^a ed.). Editorial El Manual Moderno.
- Calderón, G. (1984). Depresión: Causas, manifestaciones y tratamientos. México: Trillas.

- Calderón, G. (1999). Depresión: Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general. México: Trillas.
- Ceballos, D. (2014). Trastorno de ansiedad generalizada. *Figura Fondo*, 36, 1–13.
- Ceballos Montalvo, D. (2017). Teorías de la ansiedad en la terapia Gestalt. *Poiésis*, (33), 46–57.
<https://doi.org/10.21501/16920945.2495>
- Clark, A. (1982). Grief and Gestalt Therapy. *The Gestalt Journal*, 5, 49–63.
- Chávez, & Tena. (2018). Depresión: Manual de intervención grupal en habilidades sociales. El Manual Moderno.
- Fagan, J., & Shepherd, I. L. (2005). Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica (7.ª ed.). Amorrortu Editores.
- Frazier, H., Campbell, J., Marshall, H., & Werner, A. (2004). Diccionario de psiquiatría (6.ª ed.). México: Trillas.
- Gálvez, I. (2023). Control de la ansiedad con la terapia Gestalt: 3 técnicas.
<https://ivangalvezgonzalez.com/control-ansiedad/>
- García Hernández, J., López Ramírez, D., & Sánchez, K. (2024). Ansiógenos educativos y depresión en estudiantes universitarios de México. *Políticas Sociales*, 6(12), 45–60.
<https://politicassociales.uanl.mx/index.php/pss/article/view/117>
- Heidegger, M. (1997). El ser y el tiempo. México: Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2021). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2021. Resultados de salud mental. Secretaría de Salud. <https://ensanut.insp.mx>
- Martínez, J. M. (2006). Gestalt frente a la depresión (parte I). *Revista Bonding*.
<https://bonding.es/gestalt-frente-la-depresion-parte-i/>

- Martínez, P. C. (2006). El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, 20, 165–193.
<https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Martínez, M. (1988). *El estudio de casos en la investigación educativa*. Universidad de Valencia.
<https://idus.us.es/handle/11441/59162>
- Martín González, A. (2008). *Manual práctico de psicoterapia Gestalt* (4.ª ed.). Desclée De Brouwer.
- Merriam, S. B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education*. Jossey-Bass.
<https://www.appstate.edu/~jacksonay/rcoe/merriamcarefulobserver.pdf>
- Muñiz, M. (2010). *Estudio de caso en la investigación cualitativa*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/1_estudios-de-caso-en-la-investigacion-cualitativa.pdf
- Naranjo, C. (1989–1990). *La vieja y novísima Gestalt*. Editorial Cuatro Vientos.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Trastornos de ansiedad. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Salud mental, derechos humanos y legislación: Orientación y práctica. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240080737>
- Peñarrubia, F. (2008). *Fundamentos de terapia Gestalt: La vía del vacío fértil*. Madrid: Alianza Editorial.
- Perls, F. S. (1975a). *Dentro y fuera del tarro de la basura*. Chile: Cuatro Vientos.

- Perls, F. S. (1975b). Yo, hambre y agresión. México: Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1942).
- Perls, F. S. (1974). Sueños y existencia. Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (2002). Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana (3.^a ed.). Sociedad de Cultura Valle-Inclán, Los Libros del CTP. (Trabajo original publicado en 1951).
- Perls, F. S. (2006). Teoría y práctica. En P. Baumgardner, Terapia Gestalt: Teoría y práctica. Una interpretación (pp. 132–301) (2.^a ed.). México: Pax.
- Picó Vila, D. (2014). Una introducción a la terapia Gestalt. Terapiados: Centros de Psicología y Terapia Gestalt.
- Polster, E., & Polster, M. (2003). Terapia gestáltica. Amorrortu.
- Rodríguez, G., Gil, J., García, E. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. México: Aljibe. https://cesaraquilar.weebly.com/uploads/2/7/7/5/2775690/rodriguez_gil_01.pdf
- Rojas, C. (2006). Adiós, depresión. Madrid: Ediciones Planeta.
- Rojas, C. (2009). La ansiedad. Madrid: Ediciones Planeta.
- Salam, P. (1999). Psicopatología y psicoterapia gestáltica. México: Cuatro Vientos.
- Salama, H. (2006). TPG (Test psicodiagnóstico Gestalt): El ciclo de la experiencia. México: Alfaomega.
- Salama, H. (2007). Psicoterapia Gestalt: Proceso y metodología. México: Alfaomega.
- Salama Penhos, H. (2008). Gestalt de persona a persona (4.^a ed.). Alfaomega Grupo Editor.
- Simons, H. (2009). El estudio de caso: Teoría y práctica. Ediciones Morata.

UNICEF. (2021). El estado mundial de la infancia 2021: En mi mente – Promover, proteger y cuidar la salud mental. UNICEF. <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021>

Van Manen, M. (2017). Phenomenology in its original sense. Qualitative Health Research, 27(6), 810-825. <https://doi.org/10.1177/1049732317699381>

Yaqui, A. (2012). Filosofía existencial para terapeutas y uno que otro curioso (4.^a ed.). Ediciones Lag.

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA ESPECIALIZADA

Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP)

Consentimiento informado para recibir atención psicológica

(atención adultos)

Yo _____

(nombre del paciente)

estoy solicitando atención psicológica en la Unidad Profesional de Ciudad Hidalgo y doy mi consentimiento para recibirla de forma presencial o en línea. A partir de este momento, acepto y autorizo al personal de la institución comenzar con las entrevistas y evaluaciones convenientes para mi atención.

Así mismo, declaro que es de mi conocimiento que La Unidad Profesional de Ciudad Hidalgo, cuyo objetivo es la formación de psicoterapeutas profesionales.

Por ser un centro de enseñanza, soy consciente de que las sesiones podrán ser observadas, videograbadas o audiograbadas y doy mi autorización para que puedan ser utilizadas con fines didácticos o de investigación, guardando en todo momento absoluta confidencialidad de la información que yo comparta y protegiendo mi privacidad.

Acepto que seré atendido por alguno de los estudiantes que cursan el programa de maestría mencionado en el párrafo anterior, los cuáles son Licenciados en Psicología con cédula

profesional y se forman actualmente como psicoterapeutas en alguno de los enfoques clínicos que ofrece el programa de maestría.

Tengo conocimiento de que los estudiantes son supervisados, en cada uno de los casos que atienden, de forma cuidadosa y cercana por sus profesores, quienes son psicoterapeutas profesionales y con probada experiencia.

Acepto que la información que yo brinde en las entrevistas, las evaluaciones que se realicen y el progreso de mi tratamiento psicoterapéutico se integren en un expediente clínico en formato físico o electrónico, apegándose a las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3_2012 y NOM-024-SSA3-2012 respectivamente.

Asimismo, se me informa que todas mis sesiones de evaluación y tratamiento, se llevarán a cabo en las instalaciones del CIIP y bajo ninguna circunstancia podrán realizarse fuera de las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Al firmar este consentimiento, acepto sujetarme a las disposiciones clínicas y administrativas de la institución y me comprometo a participar activamente en los estudios que me realicen, así como en mi tratamiento. De la misma manera, si una vez comenzado el tratamiento, es mi deseo interrumpirlo, sé que tengo plena libertad para hacerlo, dando aviso a la persona responsable de mi atención y sin perjuicio alguno para mi persona.

Por otro lado, si dejo de asistir a mis consultas sin previo aviso, seré dado de baja después de dos inasistencias, continuas o intermitentes, para darle a otra persona la posibilidad de ser atendida.

Se me informa que el planteamiento inicial para mi atención psicológica comprende 12 sesiones, al final de las cuales se revalorará mi alta clínica o la continuidad del tratamiento.

En caso de que se presente alguna urgencia o situación en la que mi vida o la integridad física o de alguien más estén en riesgo, autorizo al personal del centro

para que contacte a _____, quien es
(nombre de la persona

mi _____ al teléfono _____

(relación o parentesco)

y se le informe sobre mi estado y sobre el riesgo detectado.

Es de mi conocimiento que el *CIIP* no atiende urgencias psicológicas, y brinda atención únicamente en los horarios establecidos y fechas de acuerdo al calendario de la institución.

Declaro que soy un adulto consciente y con plena capacidad para firmar el presente consentimiento.

Nombre y firma del paciente

**Nombre y firma del psicólogo
responsable de la atención**

Vo. Bo. Supervisor

Nombre y firma

ANEXO 2 MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

El expediente o historia clínico-psicológica contiene toda la información recopilada durante un determinado número de sesiones con un objetivo o propósito determinado. Es importante que el profesional del campo clínico psicológico tenga en cuenta el valor de este documento, ya que no solo recopila información que permita evidenciar nuestro quehacer, además es un documento que puede ser requerido para cuestiones legales y, por supuesto, dentro del ámbito institucional, es indispensable. La historia clínica es un complemento de la entrevista clínica psicológica, ambos son parte de un continuo que se denominarán expediente clínico psicológico o historia clínica psicológica.

¿Qué debe contener el expediente clínico?:

- a) **Ficha de identificación del paciente:** nombre completo, fecha y lugar de nacimiento, género, estado civil, datos de contacto, ocupación, etc.
- b) **Consentimiento informado:** copia del consentimiento informado firmado por el paciente o tutor que describa los riesgos y beneficios del tratamiento o procedimiento psicológico.
- c) **Historia clínica:** en este rubro se adjuntan todos los antecedentes médicos y psiquiátricos, relacionados o no al padecimiento actual, la historia familiar, antecedentes escolares, laborales, historia social, historia de abuso de sustancias y cualquier información que consideres relevante.
- d) **Motivo de consulta:** se refiere a la descripción detallada de los síntomas o problemas que el paciente presenta.

- e) **Evaluación psicológica o psicodiagnóstico:** resultados de las pruebas psicológicas y entrevistas clínicas realizadas para la evaluación de la condición mental o psicológica del paciente.
- f) **Diagnóstico:** aproximación diagnóstica o diagnóstico diferencial.
- g) **Plan de tratamiento:** Plan de tratamiento recomendado para el paciente, incluyendo terapia individual o grupal, tratamiento farmacológico, etc.
- h) **Notas de seguimiento:** notas escritas por el profesional después de cada sesión para registrar el progreso y cualquier problema o preocupación adicional. Esta información puede estar plasmada en el formato de entrevista clínica acorde con el número de sesiones que se hayan llevado a cabo.
- i) **Devolución de resultados:** mencionar si los resultados se devuelven por escrito, de forma verbal, de ambas formas y a quién o quiénes.

ANEXO 3 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:

Edad:

Género: Masculino ☐ Femenino ☐ Otro ☐

Estado Civil:

Fecha y lugar de nacimiento:

Escolaridad:

Ocupación actual:

Aficiones y gustos:

Religión:

Domicilio:

Teléfono:

Datos del contacto:

Referido por:

Fecha y lugar de la entrevista:

Nombre del entrevistador:

Nombre del supervisor:

Nombre y datos del padre o tutor (en caso de ser menor de edad o requerirlo por alguna condición especial):

ANEXO 4 HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes del paciente e historia del padecimiento actual:

Descripción del padecimiento actual: cuando sientas que no quedan más problemas por explorar, termina el periodo del discurso libre del motivo de consulta y comienza la historia de la enfermedad actual. Es el momento para explorar de manera meticulosa los problemas que llevaron al paciente a buscar ayuda, que es lo esencial de la entrevista inicial e incluye la descripción de los síntomas, sus tiempos y los posibles factores estresantes de cada problema que identifiques. Para hacer más ágil este proceso, podrías considerar las áreas de interés clínico que identificaste en el discurso libre del paciente.

Aunque algunos pacientes no tienen un trastorno diagnosticable, es una convención catalogar como “padecimiento” cualquier cosa que lleve a una persona a valoración psicológica. Por ejemplo, los desacuerdos matrimoniales, otros problemas de la vida, incluso el deseo de comprenderse mejor a sí mismo, pueden constituir un “padecimiento” actual que nadie, mucho menos el paciente, reconocería como enfermedad. Pero en todos ellos se pueden determinar factores precipitantes, síntomas, curso y otras características que permitan sugerir un plan eficaz de acción.

Es importante enfocarnos en el episodio actual, aunque estés interesado en tener otra información, para el paciente es más importante lo que le sucede en este momento. Seguramente necesitarás saber qué síntomas puedes esperar para encontrar un episodio del padecimiento. Para ello consulta libros o fuentes que traten este tema.

Descripción de los síntomas: obtén toda la información posible de cada síntoma que informe el paciente (el síntoma es cualquier sensación subjetiva que el paciente informa, este no tiene que ser desagradable. Dolor, alucinaciones y ansiedad son síntomas, pero

también lo pueden ser el éxtasis, la sensación de fuerza de la manía). Aclara cualquier término descriptivo que se use, por ejemplo, ¿qué significa nervioso para el paciente?

Síntomas vegetativos: muchos pacientes con problemas de ansiedad, depresión y psicosis experimentan síntomas vegetativos. Este término se refiere a las funciones corporales relacionadas con el mantenimiento de la salud y la energía. Se incluyen problemas de sueño, apetito, cambios de peso, nivel de energía e interés sexual.

Consecuencias del padecimiento: explora que áreas se han visto afectadas, por ejemplo, el área laboral, familiar, social, educativa, etc.

Inicio y secuencia de los síntomas: realiza una descripción completa y precisa de los síntomas estableciendo una secuencia cronológica. Trata de obtener una precisión acerca del inicio de los síntomas de particular notabilidad. Algunos pacientes pueden recordar la primera vez que experimentaron problemas importantes como deseos de muerte o pérdida de interés en el sexo. Tal vez puedas relacionar el inicio con fechas o eventos.

Factores estresantes: es cualquier condición o evento que parece causar o empeorar los problemas de salud mental de un paciente, también se les denomina como **factores precipitantes**. Estos pueden ser de diversas índoles, económicos, sociales, familiares, laborales, etc.

Episodios previos: saber acerca de los episodios previos o similares condiciones mentales puede ayudar a determinar el diagnóstico y el pronóstico.

Tratamiento o tratamientos previos en torno al padecimiento actual: es importante saber si el paciente ha recibido tratamiento anteriormente, ¿de qué tipo?, ¿médico, psicológico, alternativo, etc?, ¿cuántas veces?, ¿por qué lo dejó?, ¿está tomando medicamentos?, ¿de qué tipo?, ¿son por prescripción médica?, etc.

Historia familiar: Explorar las relaciones con los miembros de su familia nuclear y su familia creada. Se debe rastrear información sobre el clima familiar pasado y presente, antecedentes positivos y negativos de la familia, antecedentes patológicos en miembros de la familia como: psicopatías, suicidios, abandonos de hogar, infidelidades, actitudes religiosas fanáticas, celos, epilepsias, trastornos mentales, organización familiar patriarcal o matriarcal. Nivel educativo, intereses, tipo de vínculo familiar, desplazamientos geográficos, hábitos, costumbres, etc.

Historia social:

- **Diversiones e intereses:** Explorar que hace el paciente con su tiempo libre (si es que lo tiene), en caso de no tener mucho tiempo libre, preguntar ¿cómo le gustaría pasar su tiempo libre si lo tuviera?, ¿qué tipo de pasatiempos tiene?, ¿son en grupo o solitario?, este tipo de información puede ser útil para advertir sobre alguna patología como depresión, ludopatía, atracones o compras compulsivas.
- **Relaciones sociales:** Se puede comenzar preguntando: ¿a quién siente más cercano de su familia?, ¿quiénes son sus mejores amigos?, ¿con qué frecuencia los ve?, el propósito es averiguar acerca de la calidad de las relaciones con la familia, amigos o compañeros de trabajo.

Historia del desarrollo:

Los profesionales de la salud no tratamos enfermedades, sino personas. Por lo tanto, necesitamos conocer el contexto en el que se sitúan las quejas del paciente. Esto requiere saber todo lo que sea posible acerca de los antecedentes familiares y otros aspectos biográficos. Este proceso no solo te ayudará a conocer a tu paciente, sino que puede revelar material que ilumine y extienda el conocimiento de las causas y el contexto del trastorno mental o enfermedad. Parte de este material puede tener una relación directa con las causas de un padecimiento o su tratamiento. El paciente ha pasado toda

su vida acumulando experiencias, así que es casi inagotable la cantidad y variedad de información disponible. Lo que averigües estará determinado por el propósito de la entrevista y el tiempo que tengas para ella.

Mientras reúnes la información biográfica, mantén un escepticismo sano respecto de su validez, la memoria humana es falible, sobre todo cuando el ser humano tiene un profundo interés en lo que se recuerda. Es más probable el recuerdo exacto de eventos históricos importantes como nacimientos, muertes y matrimonios, y de eventos recientes que constituyen la historia del padecimiento actual.

Cierto material está especialmente sujeto a la distorsión: eventos de la infancia temprana, disputas interpersonales, cualquier cosa que se conozca de manera indirecta o requiera interpretación. Debes evaluar continuamente la validez de los datos con base en tus propios estándares internos, ¿la historia parece probable?, ¿parece posible?

Infancia y adolescencia:

- **Familia de origen:** explorar las condiciones del embarazo y nacimiento, ¿hubo complicaciones en el embarazo?, ¿nació a término?, ¿fue parto natural o cesárea?, ¿utilizaron fórceps?, ¿cuánto duró el trabajo de parto?, ¿cuánto peso y midió al nacer?, su alimentación al nacer, ¿fue por fórmula o pecho materno?, ¿en qué ciudad nació?, ¿fue hijo único? Si tuvo hermanos o hermanas, ¿cuántos?, ¿qué lugar ocupa?, ¿cómo se llevaba con sus hermanos?, ¿siente que había algún hermano/a preferido?, ¿cómo era su relación con sus padres?, ¿cómo era la relación entre sus padres?, ¿fue hijo biológico o adoptado?, cualquier pregunta que consideres pertinente, realízala, y de las respuestas obtenidas, cualquier respuesta que pueda llevarte a hacer más indagación, hazla.

- **Desarrollo y crianza:** ¿qué edad tenían los padres cuando lo tuvieron?, cuándo su madre estaba embarazada, ¿la situación familiar era estable, inestable, satisfactoria?, durante el embarazo, ¿cómo era la salud de su madre?, ¿a qué edad controló esfínteres?, ¿a qué edad caminó?, ¿a qué edad comenzó a hablar?, ¿quién lo cuidaba?, ¿considera que el cuidado era adecuado?, ¿qué medidas disciplinarias utilizaban sus padres o cuidadores?, ¿cambiaban continuamente de residencia?, ¿de trabajo?, ¿con quién se identificaba más?, ¿cómo se manejaba el tema de la sexualidad en casa?, ¿tenía amigos?.
- **Abuso y maltrato:** ¿qué tan bien considera que sus padres cuidaron de usted?, ¿alguna vez se sintió maltratado?, ¿qué tipo de maltrato sufrió?, si se habla de abuso directamente por parte del paciente, ¿con qué frecuencia ocurría?, ¿quién era el abusador?, ¿alguien lo protegía?, ¿en qué consistía el abuso?, etc.
- **Salud en la infancia:** Trata de averiguar algo sobre la salud en general del paciente, ¿sufrió alguna enfermedad?, ¿requirió intervención quirúrgica?, ¿era enfermizo?, ¿qué hacía la familia?, ¿lo sobreprotegían?, ¿mojaba la cama?, ¿sufría de algún tic?, ¿tartamudeaba?, ¿era obeso?, ¿sufría pesadillas?, ¿fobias?, ¿presento problemas de sueño?, ¿terrores nocturnos?, etc.
- **Educación:** ¿cómo fue su rendimiento académico?, ¿cuál fue su último grado de estudios?, ¿repitió algún grado?, ¿le gustaba la escuela?, ¿tuvo problemas en la escuela?, ¿de qué tipo?, ¿tuvo problemas con alguna materia?, ¿tuvo problemas con la lectura (dislexia)?, etc.
- **Sexualidad:** evaluar el área sexual es importante para poder detectar problemas o trastornos sexuales, que puedan estar afectando la salud física y mental del paciente. Debido a la intimidad que reviste la presente área, se recomienda que seamos muy respetuosos y empáticos a la hora de hacer preguntas. Algunas de

las preguntas pueden ser: ¿a qué edad tuviste tu primera información acerca de la sexualidad?, ¿quién te otorgo esta información?, ¿alguien en casa te hablo sobre los cambios físicos y psicológicos que se iban a presentar en tu desarrollo?, ¿actualmente tiene vida sexual?, ¿a qué edad comenzó su vida sexual?, ¿tiene alguna preocupación o problema relacionado con su vida sexual?, ¿ha experimentado dolor o molestias durante las relaciones sexuales?, ¿ha tenido alguna infección o enfermedad de transmisión sexual?, etc.

- **Área social:** el propósito es conocer diferentes aspectos de la vida social de la persona y poder identificar posibles dificultades o fortalezas en su vida social y en sus interacciones con los demás. Se pueden utilizar algunas de estas preguntas: ¿en tu niñez tenías amigos?, ¿te consideraban amiguero o tenías dificultades para hacer amigos?, ¿consideras que sufriste algún tipo de violencia escolar (bullying)?, ¿cómo lo manejaste?, ¿alguien te protegía?, ¿actualmente como dirías que es tu vida social?, ¿tienes amigos?, ¿con qué frecuencia los ves?, ¿tienes amigos que consideres “mejores amigos”?, ¿qué actividades realizas en familia?, ¿cada cuanto?, ¿disfrutas las actividades en grupo (familia, amigos)?, etc.

Vida adulta:

Historia laboral: la historia laboral puede ayudar a conocer el potencial subyacente del paciente como el efecto del padecimiento actual en su desempeño. La historia laboral parece ser menos distorsionada que la historia personal y, quizá, que algunas partes de la historia social. Se pueden hacer preguntas como ¿cuál es su ocupación actual?, ¿es estimulante o satisfactoria?, ¿qué tanto se ajusta a sus ambiciones iniciales?, ¿cuánto

tiempo lleva en su empleo? Si ha estado desempleado, ¿cuáles fueron las causas y por cuanto tiempo? Los pacientes con personalidad antisocial suelen tener múltiples trabajos por periodos cortos de tiempo. En este rubro también se pueden explorar las actividades recreativas, pasatiempos, talentos, etc.

Historia Legal: Preguntar sobre problemas legales de cualquier tipo, abuso de sustancias, arrestos, robo, violencia, etc. En los casos de trastornos de personalidad, trastorno bipolar o abuso de sustancias suelen aparecer problemas en esta área.

Religión: Si pertenece o práctica alguna religión hay que explorarlo. Esto puede ofrecer indicios de fuentes posibles de apoyo, nos ofrece datos sobre sistema de creencias, valores y preceptos éticos del paciente.

Situación de vivienda actual: ¿en dónde vive?, ¿con quién?, ¿cuenta con los servicios básicos?, etc.

Estatus marital: explorar si el paciente se encuentra casado, en unión libre, en alguna relación pasajera, etc., en esta área se debe explorar la correlación posible entre el dinero, la sexualidad, los hijos o familiares como factores de conflictos en la relación de pareja.

Historia médica: aunque no somos médicos se deben explorar algunos aspectos como enfermedades importantes, alergias, problemas de tiroides, enfermedades cardiacas, crónico degenerativas, etc., con esto podemos indagar también que tanto el paciente se adhiere a tratamientos y con ello poder manejar un posible pronóstico.

Problemas psicosociales y ambientales: tratar este tipo de temas puede ser un desafío. Aunque el material en sí es bastante claro, en nuestra sociedad se considera, en gran parte, que estas áreas (sexualidad, consumo de sustancias, violencia o conductas suicidas) son sumamente personales. Las preguntas acerca de estos temas puede ser una amenaza para la autoestima del individuo y su sensación de seguridad,

ya que el paciente puede sentir culpa o vergüenza, por ello el entrevistador debe ser muy cauteloso, deshacerse de sus dudas personales o prejuicios. Debido a que estos temas tienen una importancia decisiva en la entrevista clínica, si el paciente no los menciona espontáneamente, se debe buscar la manera de hacerlos presentes de una manera cautelosa y respetuosa.

¿Qué temas son los que se abordan en esta área?: Conducta suicida, ideación suicida, abuso de sustancias, abuso sexual, entre otros.

Motivo de consulta

Describir la queja del paciente o describir los síntomas que el paciente reporte. A) antecedentes del padecimiento actual: origen y posibles causas relacionadas con el síntoma percibidos por el paciente, B) breve descripción de los eventos significativos asociados al motivo de consulta, C) describir los elementos que intervienen en la decisión de asistir a evaluación o consulta psicológica, D) identificar si existen tratamientos psicológicos o médicos previos o simultáneos, E) describir lo que el paciente ha hecho para buscar solución a su “problema”, F) explorar en qué grado el paciente percibe que el origen de los eventos y conductas son determinados por él (locus de control interno) o por otros (locus de control externo).

ANEXO 5 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA O PSICODIAGNÓSTICO

Se refiere a la evaluación clínica que se realiza con el objetivo de evaluar y comprender la naturaleza y gravedad de los problemas emocionales, cognitivos o conductuales que puede (n) estar presentando nuestro (s) consultante (s). El psicodiagnóstico implica la administración de una serie de pruebas psicológicas, entrevistas y observaciones clínicas con el propósito de recopilar información sobre el funcionamiento mental de la persona. Estas pruebas pueden evaluar aspectos como la personalidad, la inteligencia, el estado emocional, la capacidad cognitiva, la atención, la memoria, entre otros.

El objetivo principal es obtener una comprensión clara y precisa de la situación de la persona, que permita al profesional de la psicología desarrollar un plan de tratamiento adecuado y personalizado. El psicodiagnóstico se utiliza comúnmente en la práctica clínica, sobre todo en el ámbito de la salud mental.

En este rubro será necesario que menciones las pruebas aplicadas, la justificación de las mismas, así como los resultados obtenidos, a esto le debes añadir los datos relevantes obtenidos de la o las entrevistas y la observación.

Diagnóstico

Al concluir las entrevistas, la aplicación de pruebas y la organización y evaluación de la información, es el momento de realizar un diagnóstico, ya sea a modo de una aproximación diagnóstica o de diagnóstico diferencial.

Diagnóstico: algunos teóricos han demeritado el diagnóstico, ya que lo consideran solo una forma de “encasillar” al paciente y negar su individualidad. Esta opinión parece haber disminuido a favor de la opinión mayoritaria, que reconoce al diagnóstico como fundamento esencial para actividades clínicas: recomendar un tratamiento, predecir el curso del padecimiento, aconsejar a los familiares, y comunicarse con otros profesionales

de la salud mental. Sin importar si esta opinión es compatible o no con tu manera de pensar, la práctica actual de la salud mental -expedientes de hospital, terceras partes que se encargan de pagar y algunos pacientes- a menudo exigen hacer un diagnóstico. Con independencia de la disciplina profesional se debe aprender a hacer el mejor diagnóstico posible.

Es por ello que la mayoría de los profesionales de la salud mental expresa sus impresiones en términos de **diagnóstico diferencial**, una lista de posibles diagnósticos que se deben considerar por cada paciente. Por ello, se debe incluir en el diagnóstico diferencial cada trastorno que se considere posible, aunque sea de manera remota. Esto es aún más necesario si se tiene dudas sobre el diagnóstico correcto.

Al elaborar el **diagnóstico diferencial**, necesitamos tener en cuenta dos principios:

1.- Hacer una lista de los diagnósticos, empezando por el más probable y terminando con el menos posible. Al más probable se le suele denominar **mejor diagnóstico**, pues explica de manera más satisfactoria los datos de la historia, signos y síntomas del padecimiento.

2.- Llamado **principio de seguridad**. Significa que siempre hay algunas posibilidades en la lista diferencial con consecuencias potenciales tan funestas, que es un peligro total ignorarlas. Estas deben situarse al principio del diferencial para descartarse primero, ya sea que pienses o no que se trate de la causa real de los síntomas.

Plan de tratamiento: existen diversos tipos de tratamientos en el área de la salud mental.

La mayor parte no son específicos para una categoría diagnóstica, sino que pueden ser utilizados en un espectro de diagnósticos.

Dentro de la gama de posibilidades de tratamiento en salud mental tenemos las siguientes:

- **Psicológica:** individual, cognitiva-conductual, análisis, de corto plazo, etc.
- **Grupal:** orientada a la enfermedad como: grupos de AA, terapia familiar, grupos de apoyo.
- **Conductual:** de contención, desensibilización sistemática con inhibición recíproca, apoyo grupal de corte conductual, economía de fichas, detención del pensamiento.
- **Biológica:** fármacos, terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcraneal, estimulación del nervio vago, terapia de luz, psicocirugía.
- **Intervenciones sociales:** Rehabilitación vocacional, entrenamiento en habilidades sociales, educación de la familia, internamiento en instituciones de cuidado agudo, intermedio o crónico, ingreso voluntario, tutela.

Pronóstico: este término implica varios significados, los **síntomas** ¿se aliviarán parcial o totalmente, o nada en absoluto?, en el **curso del padecimiento** ¿será crónico o episódico? Si es episódico, ¿habrá uno o muchos episodios?, en la **respuesta al tratamiento**, ¿qué tan rápido aparecerá?, ¿será completa, moderada, leve o nula?, en cuanto al **grado de recuperación**, una vez que el episodio agudo se ha detenido (por el tratamiento o paso del tiempo), ¿la personalidad previa del paciente quedará restablecida por completo o habrá déficits residuales?, en el **curso temporal del padecimiento**, ¿cuánto tiempo tomará la recuperación? Si el padecimiento es episódico, ¿cuánto tiempo podría estar bien el paciente entre cada episodio?, en cuanto a las **consecuencias sociales del padecimiento**, ¿cuáles serán los efectos en el desempeño laboral.

Devolución de resultados

Para comunicar los resultados hay algunas reglas sencillas para tener más probabilidades de ser escuchado y aceptado, esto, suponiendo que la devolución será de modo verbal.

- Resumir los problemas
- Dar un diagnóstico
- Hacerlo sencillo
- No utilizar tecnicismos
- Pedir retroalimentación
- Hacer hincapié en lo positivo
- Mostrar compasión
- Discutir el tratamiento (discutir las opciones, mencionar los pros y contras y estar a favor de una opción).
- Asegurarse de que el paciente comprende las opciones
- Evitar hacer promesas
- Motivar al paciente (empatizando, ayudándolo a reconocer la manera en que la conducta actual puede frustrar sus deseos a largo plazo, no pelear con las resistencias y brindar esperanza mostrando que se cree en la capacidad de cambio del paciente).

Si la devolución de resultados se hace a través de un informe escrito, ¿qué se debe integrar?:

- Datos de identificación

- Motivo de consulta
- En caso de existir datos proporcionados por otros integrantes, se deben agregar (datos y origen de los mismos).
- Historia del padecimiento actual
- Historia personal y social: se integra con la historia del desarrollo, historia familiar e historial médico.
- Examen del estado mental
- Diagnóstico, diagnóstico diferencial o aproximación diagnóstica: esto dependerá del tipo de paciente y de la información obtenida.
- Plan de tratamiento
- Pronóstico

En este rubro presenta el tipo de devolución que realizarás y, de ser posible o necesario, anexa una copia del informe.

COMENTARIOS ADICIONALES

En este rubro menciona todo aquello que consideres relevante y que no se haya contemplado en el formato. Disposición del paciente, algún evento extraordinario, etc.

ANEXO 6 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

0 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

1 Me siento culpable todo el tiempo.

2. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

3. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

4. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

5. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

6. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
0 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 1 No siento que yo no sea valioso
2 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
3 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
4 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 5 Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1ª.
Duermo un poco más que lo habitual.
1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a
Duermo mucho más que lo habitual.
2b. Duermo mucho menos que lo habitual 3ª.
Duermo la mayor parte del día
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- a. No estoy tan irritable que lo habitual.
b. Estoy más irritable que lo habitual.
c. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
d. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1ª.
Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a.
Mi apetito es mucho menor que antes.
2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3ª.
. No tengo apetito en absoluto.
3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- a. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
b. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
c. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
d. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

a.No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

b.Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

0 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

a.No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

ANEXO 7 TEST DE CODEPENDENCIA DE AURA MEDINA DE WITT

Más de 5 respuestas afirmativas señala problemas de codependencia, por supuesto en diferentes grados, pero al final son cuestiones que nos impiden tener una vida más plena y satisfactoria.

Contestar Sí o No

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • ¿Te comprometes demasiado? | ☐ | ☐ |
| • ¿Te ves forzado a ayudar a otros a resolver sus problemas, ofreces consejos que no te piden? | ☐ | ☐ |
| • ¿Te sientes demasiado responsable de los sentimientos, pensamientos, acciones, necesidades y bienestar de otros? | ☐ | ☐ |
| • ¿Te enorgullece crear calma en una situación caótica? | ☐ | ☐ |
| • ¿Tratas de complacer a otros y nunca a ti mismo? | ☐ | ☐ |
| • ¿Te cuesta trabajo expresar sentimientos? | ☐ | ☐ |
| • ¿Tienes dificultad en completar un proyecto, llevarlo a cabo de principio a fin? | ☐ | ☐ |
| • ¿Tienes dificultad para divertirte? | ☐ | ☐ |
| • ¿Creciste en medio de demasiados "deberías"? | ☐ | ☐ |
| • ¿Tiendes a ignorar problemas y pretender que no existen? | ☐ | ☐ |

Creciste en una familia problemática, reprimida, químicamente dependiente, o disfuncional?

¿Sientes que si no eres productivo no vales? ☐ ☐

¿Te sientes incómoda cuando te alaban o te hacen algún cumplido? ☐ ☐

¿Te sientes atrapada en las relaciones? ☐ ☐

¿Quisieras tener más tiempo para aficiones, ejercicio, deportes? ☐ ☐

¿Dices demasiado frecuentemente que ya no tolerarás más ciertas conductas de ciertas personas? ☐ ☐

¿Te sientes a menudo "loco", "loca" y te cuestionas que es ser "normal"? ☐ ☐

¿Te sientes muy ansiosa por cambios o promociones en el trabajo ☐ ☐

¿Buscas constante aprobación y afirmación? ☐ ☐

¿Mientes o exageras cuando sería igual de fácil decir la verdad? ☐ ☐

¿Tienes miedo de tu propia ira? ☐ ☐

¿Buscas personas "necesitadas" para ayudarlas? ☐ ☐

¿Tratas de guardar tus sentimientos para ti mismo y pones "buena" cara? ☐ ☐

Cuando flojeas, ¿te excusas? ☐ ☐

¿Llegas siempre tarde a reuniones, citas, etc.? ☐ ☐

¿Te sientes cansada y sin energía? ☐ ☐

• ¿Sientes que si no te llevas bien con tu superior es tu culpa? ☐ ☐

• ¿No quieres tomar ningún riesgo? ☐ ☐

• ¿Tiendes a gastar el dinero compulsivamente, comer más de lo debido, tomar tranquilizantes, fumar, o beber demasiado? ☐ ☐

• ¿Has perdido interés en el sexo? ☐ ☐

• ¿Tienes frecuentes problemas médicos como colitis, úlcera, hipertensión, gastritis, asma, dolores de cabeza o de espalda? ☐ ☐

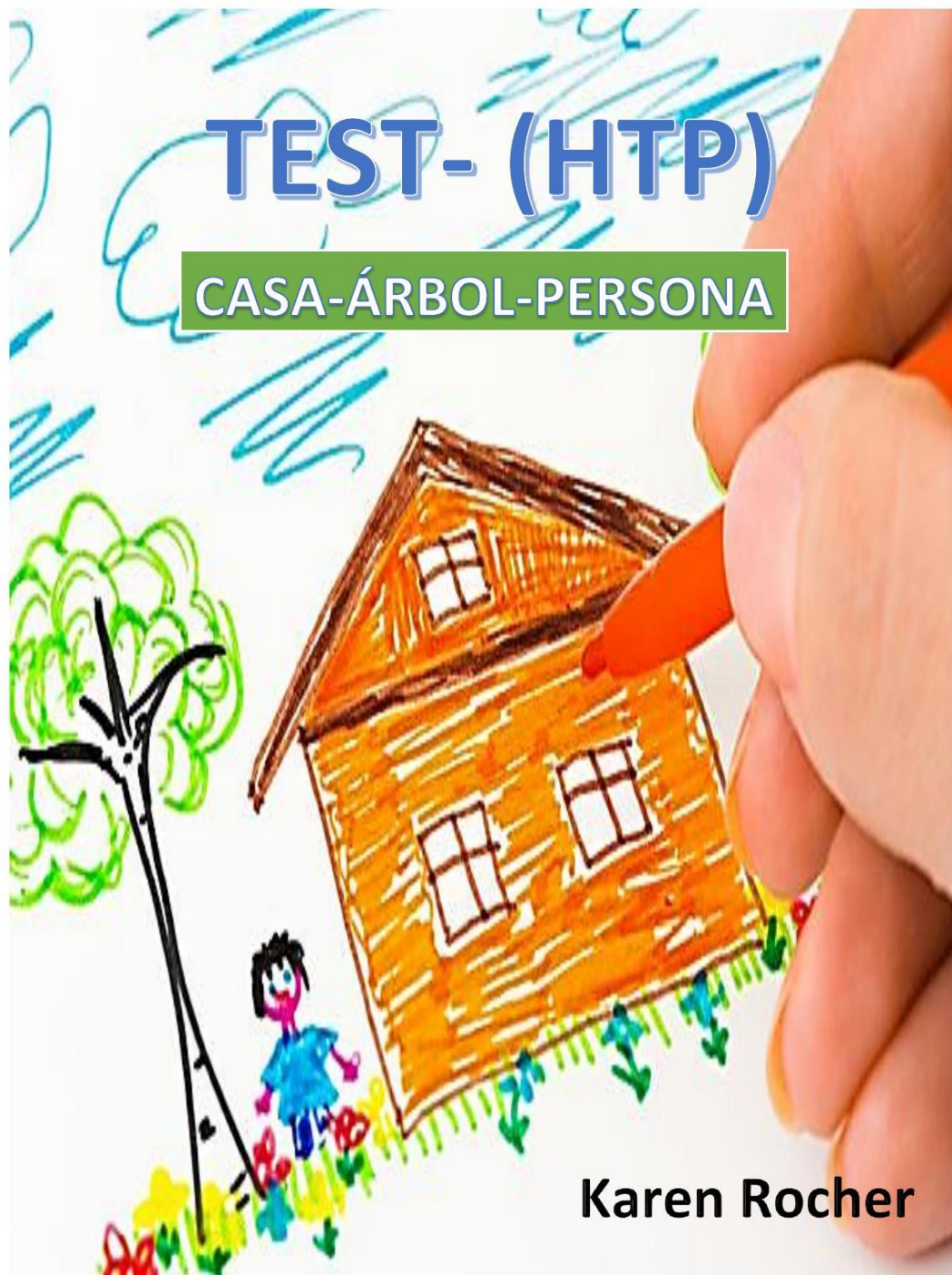
• ¿Te accidentas frecuentemente? ☐ ☐

• ¿Tienes miedo al rechazo, abandono, soledad? ☐ ☐

• ¿Crees que puedes salir adelante sin la ayuda de un poder superior? ☐ ☐

• ¿Tiendes a minimizar los problemas a racionalizarlos, y frecuentemente dices, "sí, pero ..."? ☐ ☐

• ¿Te encuentras frecuentemente culpando a otros? ☐ ☐



Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Maestría en Psicología Clínica Especializada (MPCE)	
Título del trabajo	"Síntomatología depresiva y ansiosa en una mujer joven desde la Psicoterapia Gestalt: un estudio de caso."	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Miriam Columba Pérez.	1590608@umich.mx
Director	Mtra. Ithzel Liliana Fernández Montaño.	ithzel.fernandez@umich.mx
Codirector	Dra. Belem Medina Pacheco.	belem.medina@umich.mx
Coordinador del programa	Dra. María Inés Gómez Del Campo Del Paso.	ines.paso@umich.mx

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	Sí	Se utilizó en unos párrafos de la introducción para mejorar la redacción.

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	No	
Traducción a otra lengua	Sí	En el resumen, del español al inglés.
Revisión y corrección de estilo	No	
Análisis de datos	No	
Búsqueda y organización de información	No	
Formateo de las referencias bibliográficas	No	
Generación de contenido multimedia	No	
Otro	-----	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Miriam Columba Pérez 
Lugar y fecha	Morelia, Mich a 6 de noviembre 2025. 

Miriam Columba Pérez

Sintomatología depresiva y ansiosa en una mujer joven desde la Psicoterapia Gestalt un estudio de caso.docx

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:524479519

Fecha de entrega

7 nov 2025, 7:11 a.m. GMT-6

Fecha de descarga

7 nov 2025, 7:26 a.m. GMT-6

Nombre del archivo

Sintomatología depresiva y ansiosa en una mujer joven desde la Psicoterapia Gestalt un estudi....docx

Tamaño del archivo

2.5 MB

137 páginas

28.611 palabras

159.889 caracteres

22% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Fuentes principales

- 21%  Fuentes de Internet
- 7%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.