

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA



**LA CONFLUENCIA EN UN ESTUDIO DE CASO CON EXPERIENCIA  
SUICIDA DESDE LA TEORÍA DE LA TERAPIA GESTALT**

Tesina de la cohorte 2021-1 de la formación para Facilitador  
Psicoterapeuta Gestalt de Psiconectando Departamento de formación y  
Desarrollo  
en Psicoterapia Gestalt

**AUTOR:**  
Lcdo. Juan Carlos Gómez Yanez

**DIRECTORA ACADÉMICA:**  
Psicólogo; Psicoterapeuta Gestalt. Anyela Márquez Dávila

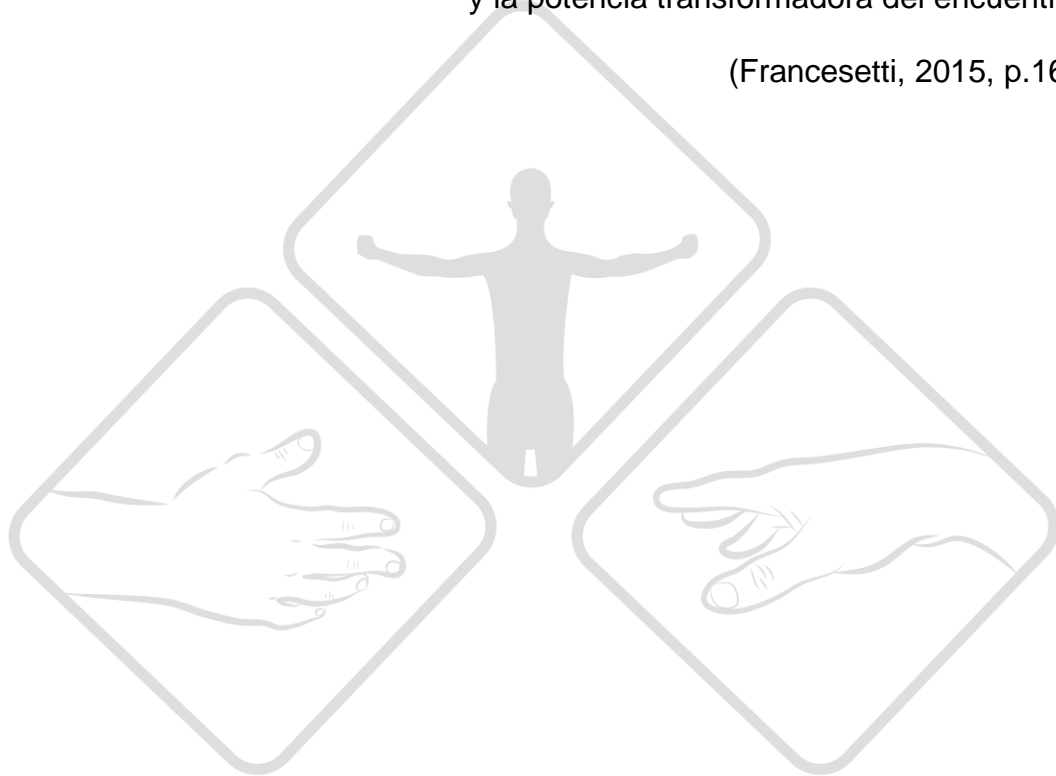
**DIRECTOR ADMINISTRATIVO:**  
Psicólogo; Psicoterapeuta Gestalt. Dylan Gabriel García

Táchira, Venezuela  
Septiembre de 2023

## EPÍGRAFE

Sobre la transformación en terapia: mediante el reconocimiento del dolor del paciente, y gracias al amor terapéutico que esto implica, surge la belleza y la potencia transformadora del encuentro.

(Francesetti, 2015, p.16).



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

**ÍNDICE GENERAL**

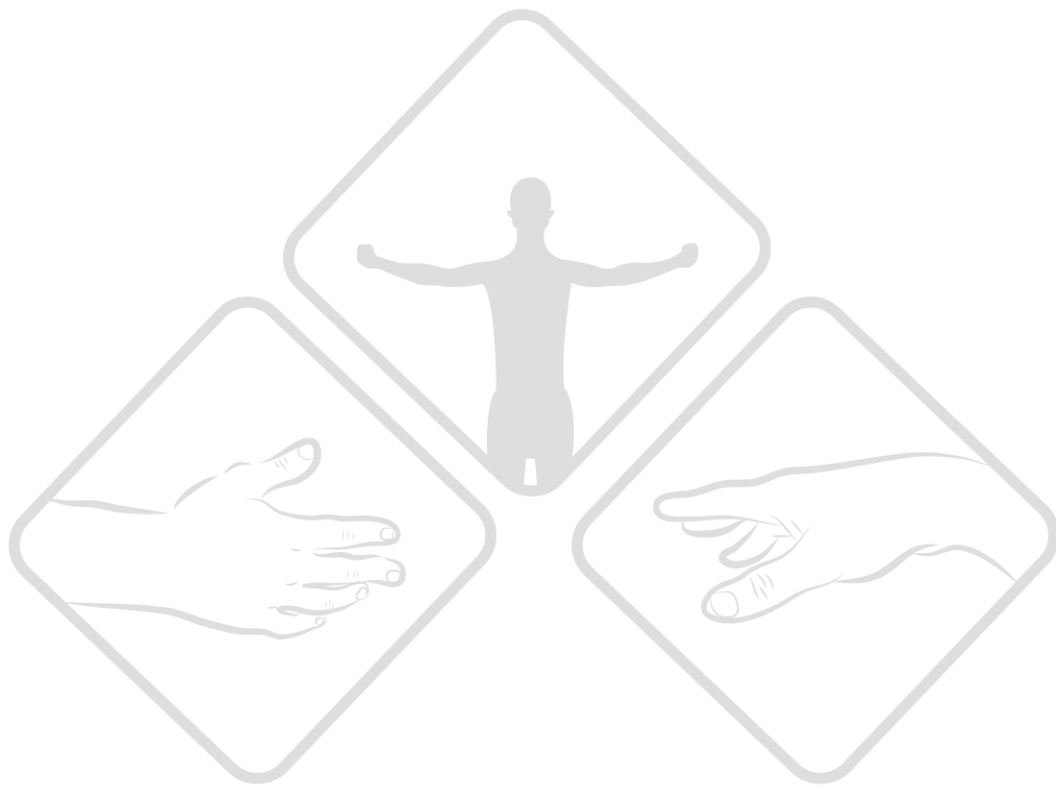
	pp.
PORTADA.....	¡Error! Marcador no definido.
EPÍGRAFE .....	2
ÍNDICE GENERAL .....	3
LISTA DE CUADROS.....	6
RESUMEN .....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I .....	11
PERSPECTIVA DE LA SITUACIÓN CONTEXTUAL .....	11
Descripción de la situación contextual. ....	11
Propósitos.....	17
Importancia de la temática.....	17
CAPÍTULO II .....	20
PERSPECTIVA TEÓRICA.....	20
Antecedentes .....	20
A nivel internacional .....	21
Aspectos Teóricos. ....	23
Confluencia.....	23
Conceptualización y perspectivas:.....	23
Confluencia: contacto e interrupción.....	28

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

Modalidades de contacto.....	31
La confluencia patológica.....	34
Experiencia Suicida.....	37
Conceptualización según diversos autores.....	37
Contexto situacional: estadística del suicidio.....	44
Comorbilidad con la depresión.....	51
Depresión desde la mirada gestáltica.....	53
Fases del proceso de suicidio.....	55
CAPÍTULO III.....	58
MÉTODO.....	58
Tipo de investigación.....	61
Muestra.....	62
Informante clave único.....	63
Consideraciones Éticas.....	68
Escenarios de la investigación.....	68
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	70
Procedimiento para la interpretación de los Hallazgos.....	73
CAPÍTULO IV.....	75
ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS.....	75
Matriz del Informante clave.....	76
Descripción.....	88
Síntesis integradora.....	89

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

Aporte .....	93
REFERENCIAS .....	95
ANEXOS .....	103



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

**LISTA DE CUADROS**

Cuadro N° 1..... 76



**LA CONFLUENCIA EN UN ESTUDIO DE CASO CON EXPERIENCIA  
SUICIDA DESDE LA TEORÍA DE LA TERAPIA GESTALT**

AUTOR:  
Lcdo. Juan Carlos Gómez Yanez  
Año: 2023

**RESUMEN**

La confluencia, impacta positiva o negativamente en el desarrollo y maduración de cada individuo, afectando los procesos relacionales, según las experiencias vividas y la situación contextual. El desarrollo de la confluencia de modo patológico se puede desenvolver de muchas formas; sin embargo, una de las más difíciles es la experiencia suicida, pues en ella, lo que se va suicidando desde un primer momento, es su contacto con el mundo, llevándole, por último, al término de su propia vida. Este estudio se fundamenta en la teoría de la Terapia Gestalt. El propósito que guía la elaboración de la investigación es analizar la confluencia en un estudio de caso con experiencia suicida desde la teoría de la terapia Gestalt. El enfoque de la investigación fue cualitativo, dentro de un paradigma interpretativo, a través de un estudio de caso, utilizando el método fenomenológico. La muestra estuvo constituida por un informante clave. Se seleccionó como técnica de investigación la observación participante libre y estructurada; el instrumento de recolección de datos fue las notas de campo, realizadas a través de la entrevista individual en un espacio de varias sesiones (13) con un tiempo de duración de 60 minutos cada una, mediante grabación y transcripción de la misma. Dentro de los aportes a los hallazgos encontrados, se pudo describir la confluencia patológica, y la derivación en una experiencia depresiva, la cual trajo consigo la experiencia suicida, dado el contexto del campo relacional, introyectos, situaciones de agresión y abusos vividos en la infancia, descubriendo a su vez, que puede ser ella misma quien ajuste de forma creativa la manera de afrontar su propia realidad, como una forma de adaptación continua para sostener su vida. Así mismo, se logró explicitar teóricamente el funcionamiento de la confluencia dentro de la experiencia suicida, en el estudio de caso propuesto.

Palabras clave: Confluencia, Experiencia depresiva y Experiencia Suicida.

## INTRODUCCIÓN

“Sentir dolor no es psicopatología, y no poder sentir dolor es psicopatología. Podemos decir que la psicopatología es la consecuencia de un dolor no atravesado, no es el dolor”.

Francesetti (2019, p.45)

En el ámbito de la Terapia Gestalt, la teoría de campo permite percibir la realidad cotidiana, no en términos aislados, sino como parte de un todo, en el que se logra comprender mejor, la interacción del organismo-entorno, dado que nadie puede vivir independiente de eventos, organismos o contextos, enseñándonos a su vez, la interacción y movilidad de cada proceso que actualiza el aquí y ahora particular y/o social. Necesario es destacar que nuestra concepción, no se da como un yo separado, todo lo contrario, nuestro origen se da dentro de un campo que, a su vez, se encuentra en otro inevitablemente más grande que va elevando la asimilación de la experiencia.

Pero, ¿qué pasaría si dentro del campo, se presentan variables que distorsionan tanto el sano desarrollo de los dominios, como las modalidades de contacto, afectando la experiencia, crecimiento y madurez de un individuo? En este sentido, se plantea como investigación: “la confluencia en un estudio de caso con experiencia suicida desde la teoría de la Terapia Gestalt”, con el propósito de investigar una modalidad de contacto que pareciera común: la confluencia, y cómo de manera patológica conlleva a una experiencia depresiva, y sucesivamente, a la experiencia suicida.



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

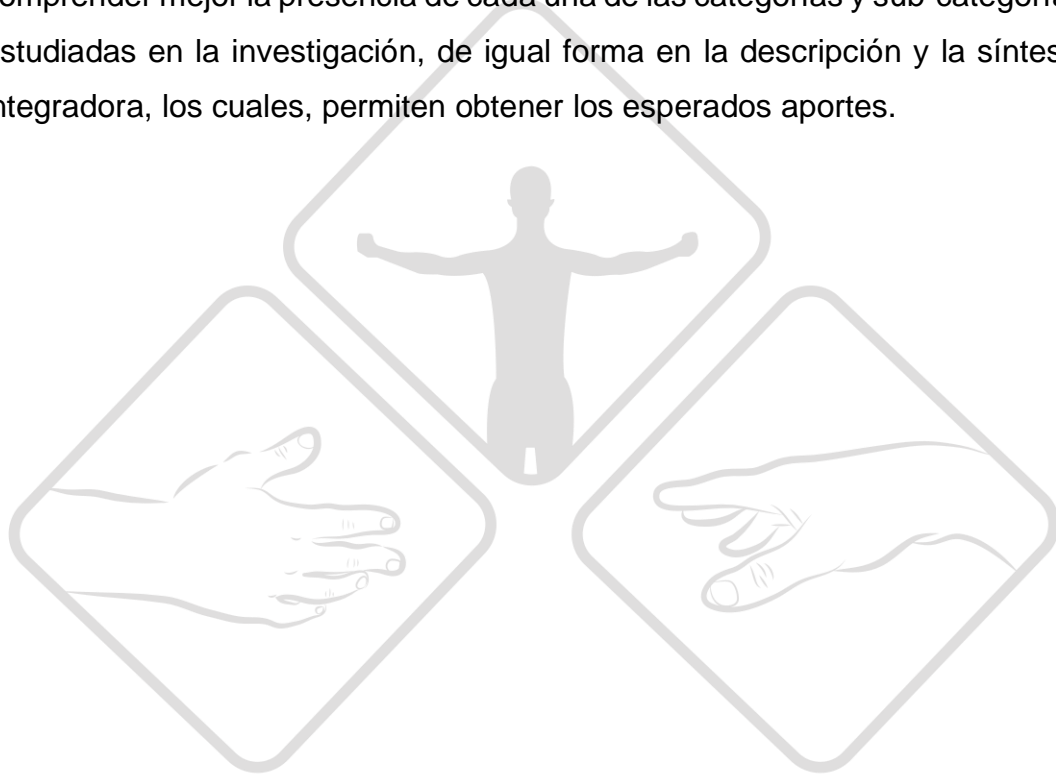
El propósito de esta investigación, es analizar cómo actúa la confluencia en un estudio de caso con experiencia suicida, con el fin observar desde la teoría de la terapia Gestalt, aquellos elementos que en la paciente, conlleva a co-crear una psicopatología del contacto, y a partir de allí, brindar herramientas que le permitan evitar morir en su campo de interacción con el mundo, lo cual transforma este estudio, en un instrumento importante para el desarrollo de la investigación dentro de la formación gestáltica en Venezuela, especialmente ante situaciones críticas de ideación e intento suicida, dados los crecientes casos en el país, y específicamente en esta región andina.

Esta investigación está organizada en cuatro capítulos, desarrollados de la siguiente manera: en el capítulo I, se despliega la perspectiva de la situación contextual, seguido del propósito general que busca: analizar la confluencia en un estudio de caso con experiencia suicida desde la teoría de la terapia Gestalt. Seguidamente, están los propósitos específicos, los cuales persiguen el describir y explicar la confluencia en un estudio de caso con experiencia suicida. Y, por último, la importancia de la investigación, más que como un tributo académico, la comprensión del mundo del paciente.

En el capítulo II, se presenta la perspectiva teórica, donde se exponen los aspectos teóricos de la investigación, basado tanto en definición de diversos autores, como en el desarrollo teórico de las categorías y sub-categorías de la investigación, las cuales fueron debidamente observadas durante las sesiones y colocadas en las notas de campo para poder evidenciar su presencia y patrón en el desarrollo de cada sesión. Más aun, en este apartado se presenta también los antecedentes correlacionales al presente estudio, los cuales, permiten apreciar un marco conceptual sólido que sustente el desarrollo del mismo.

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

En el capítulo III, se encuentran todos los aspectos metodológicos considerados, a saber: tipo de investigación, muestra, informante clave, consideraciones éticas, escenarios, técnicas de recolección de datos, y el procedimiento para la interpretación de los hallazgos. En el capítulo IV, se aprecia tanto el análisis de los hallazgos obtenidos a través de la matriz del informante clave, en donde el verbatim paciente y la síntesis, permiten comprender mejor la presencia de cada una de las categorías y sub-categorías estudiadas en la investigación, de igual forma en la descripción y la síntesis integradora, los cuales, permiten obtener los esperados aportes.



## CAPÍTULO I

### PERSPECTIVA DE LA SITUACIÓN CONTEXTUAL

#### Descripción de la situación contextual.

VP: *“las decisiones que yo tomaba eran para bien de los demás, así no me hicieran bien a mí”.*

La investigación científica es una de las formas que se tiene para dar respuesta a los problemas de manera segura y ética, salvaguardando la integridad el estudio del caso y del conocimiento. Para Arias (2012), el presente capítulo, tiene como tarea “describir de manera amplia la situación objeto de estudio, ubicándola en un contexto que permita comprender su origen, relaciones e incógnitas por responder” (p.41), facilitando la comprensión del panorama, la exposición de la amplitud y alcance de la investigación, así como su importancia y las preguntas a responder, con el fin de evitar que el lector se pueda perder en el contexto de la situación.

Mediante la teoría Gestalt, el campo es algo que influye notablemente, tanto en los organismos como en los entornos. Se inicia por definir qué es un organismo para contextualizar mejor el concepto de campo como escenario psicológico operativo. En este sentido, Almada (2020), señala que “es un ser viviente que tiene medios de orientación y que tiene una organización interna... nunca está aislado, sino que es siempre y en todo momento parte de algún campo” (p.37), además, el autor agrega que siempre estará dentro de un límite llamado frontera de contacto, el cual le permite mantener su identidad de lo que no es organismo sino lo otro, el cual constituye su entorno.

De acuerdo con la definición de organismo, vale expresar que su interacción con el entorno va a depender de su propia interdependencia, en la cual,

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

siempre y cuando necesita desenvolverse dentro de los límites de contacto que resguardan su propia identidad y respeta la de todo aquello que no es él. Sin embargo, la transgresión de estos límites genera una separación que afecta también al entorno, así como el equilibrio necesario para satisfacer las necesidades de autorregulación demandantes, tal como lo explicita Spagnuolo (2011, como se citó en Francesetti, Gecele y Roubal, 2013,) “el organismo y el entorno no son entidades separadas” (p.51), es decir, son una unidad esencial para la interacción recíproca que nutre y propicia el crecimiento desde los límites propios y del otro.

Ahora bien, dentro de la situación contextual de cada individuo, siempre ha existido la curiosidad por descubrir quiénes ¿somos? Platón y Aristóteles lo vieron desde una cosmovisión: el primero, en conflicto (el cuerpo es la cárcel del alma); y el segundo, en interacción recíproca (el cuerpo es la expresión del alma). Estos dos filósofos antiguos, denotaron uno de los aspectos más valiosos para la fenomenología y teoría de campo, en la cual, el cuerpo, puede ser también visto como metáfora del campo en donde se desarrolla cada situación de la vida, la cual puede ser una cárcel (Platón), o una expresión (Aristóteles) del alma, la cual puede ser también figurada como el organismo.

También, es necesario hacer énfasis en que el cuerpo, denominado “soma” por los filósofos antiguos (Pitágoras, Aristóteles...), que lo vieron como un simple recipiente, así como los posmodernos (Husserl, Zubirí, Nancy), quienes lo ven como presencia real, primer espacio de contacto con el mundo de la vida mediante sensaciones y percepciones que luego de ser procesadas permiten ser correspondidas al exterior mediante respuestas, convirtiéndose también en espacio de expresión en el que el soma-cuerpo afecta al mundo y viceversa. En otras palabras, sin cuerpo, nada podría afectarnos, pero también seríamos nada, no existiríamos en este mundo sensible, en donde el cuerpo escribe en el mundo y el mundo escribe en el cuerpo.

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

Específicamente, Spagnuolo (2000, como se citó en Francesetti et al., 2013), habla del “*alma fenomenológica*”, al respecto dice: “nos recuerda la imposibilidad de salirnos de un campo (o situación) en el que nos encontramos, y nos da herramientas para actuar en él, mientras nos mantengamos en el límite impuesto por la experiencia «de la situación»” (p.51). Dicha fenomenología, tiene la situación proporcionada por el campo para encerrarse y/o esclavizarse, o interactuar en ella y reexpresarse permitiendo una integración entre organismo y entorno que le lleva a crecer, nutrirse y avanzar.

Es en esta situación de interacción en el campo, en la que se hace presente elementos de presión, expresión y conflicto, se ha desarrollado el movimiento de adaptación y/o supervivencia de la paciente L.M (informante clave de esta investigación), cuya historia de vida se desenvuelve en una constante tensión en la frontera de contacto entre organismo/entorno. No obstante, para L.M poder sobrevivir y existir en un campo donde el contacto y la consciencia del mismo están atrapados en el fondo como interrupción y estancamiento, se ajusta en maneras de evadir la novedad creativa, y así mantener el apego al comportamiento que ha sido introyectado.

Sumado a lo anterior, se hace presente por consecuencia la experiencia depresiva; según informes oficiales de la Organización Mundial para la Salud (OMS, 2023), un 5% de la población adulta en el mundo padece depresión, lo que equivale “aproximadamente 280 millones de personas” (párr. 4), incluso se agrega que más del 75% de los que la padecen no reciben ningún tipo de atención o tratamiento por bajos recursos. Esta es la realidad de la cual forma parte la paciente L.M, y en la que el sufrimiento aparece dentro del campo en movimiento.

Autores como Francesetti (2015), habla de la perspectiva de la Terapia Gestalt sobre este tema. Allí, resalta la depresión como una experiencia

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

humana, más que como una categoría. Así mismo, el autor presenta de modo importante cómo “el estilo de dependencia narcisista nace en una relación en la que no ha sido posible expresar la propia vitalidad y energía de un modo espontáneo y se han asumido como propias las reglas coercitivas propuestas” (p.208). En tal sentido, la paciente L.M presenta estos elementos que forman su manera de llenar la vida, y dentro de esta experiencia extrínseca, un criterio de dependencia, tal y como lo plantea Francesetti, como parte de su conexión y relación con su estilo de vida que flagela su frontera de contacto.

Por consiguiente, una de las consecuencias más resaltantes de la experiencia depresiva es el suicidio, según la OMS (2021), es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años en el mundo, llegando a producirse más de 700.000 suicidios al año. Mientras que, de acuerdo con el informe de Violencia Autoinfligida 2022 del Observatorio Venezolano de Violencia (OVV, 2023), en Venezuela se alcanzaron a registrar 2.173 muertes por suicidio durante ese año, es decir, un promedio de 7,7 muertes por cada 100.000 habitantes, destacándose el estado Táchira como uno de los 5 estados con mayor tasa desde el 2020.

Según Francesetti, et al., (2013) la experiencia suicida, se ve influenciada por diferentes “indicadores de riesgo en el campo” (p.431), los cuales se presentan de manera diferente en cada individuo, lo que exige una evaluación de ideación e intento suicida personalizada, que tome en cuenta no solo lo extrínseco (estadísticas, investigaciones, criterios diagnósticos, cultura, entre otros), sino también lo intrínseco (evaluación de la sensación de lo que ocurre o está dejando de ocurrir en cada acto en curso), aquello que sucede debajo de la piel, en el ámbito de la estética. Ciertamente no es conveniente ignorar los datos de las investigaciones, pero tampoco lo sería ser indiferentes a lo que Yontef (1993, como se citó en Francesetti et al., 2013) llama el “«allí y ahora» del mundo del

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

cliente fuera de la sala de terapia” (p.432), donde se origina toda clase de fenómenos que movilizan el campo del paciente.

Por los planteamientos expuestos, se ha desarrollado durante esta descripción de la situación contextual, una serie de temas que no son para nada aislados, sino convergentes entre sí, a saber: Terapia Gestalt, campo, organismo/entorno, frontera de contacto, cuerpo-contacto, experiencia depresiva y suicidio, estadísticas y diagnóstico extrínseco e intrínseco, confluencia. Todo esto con el fin de presentar, además del panorama biopsicosocial en el cual se desenvuelve la vida de una persona con experiencia suicida, también los elementos teóricos necesarios para el estudio de caso de esta investigación.

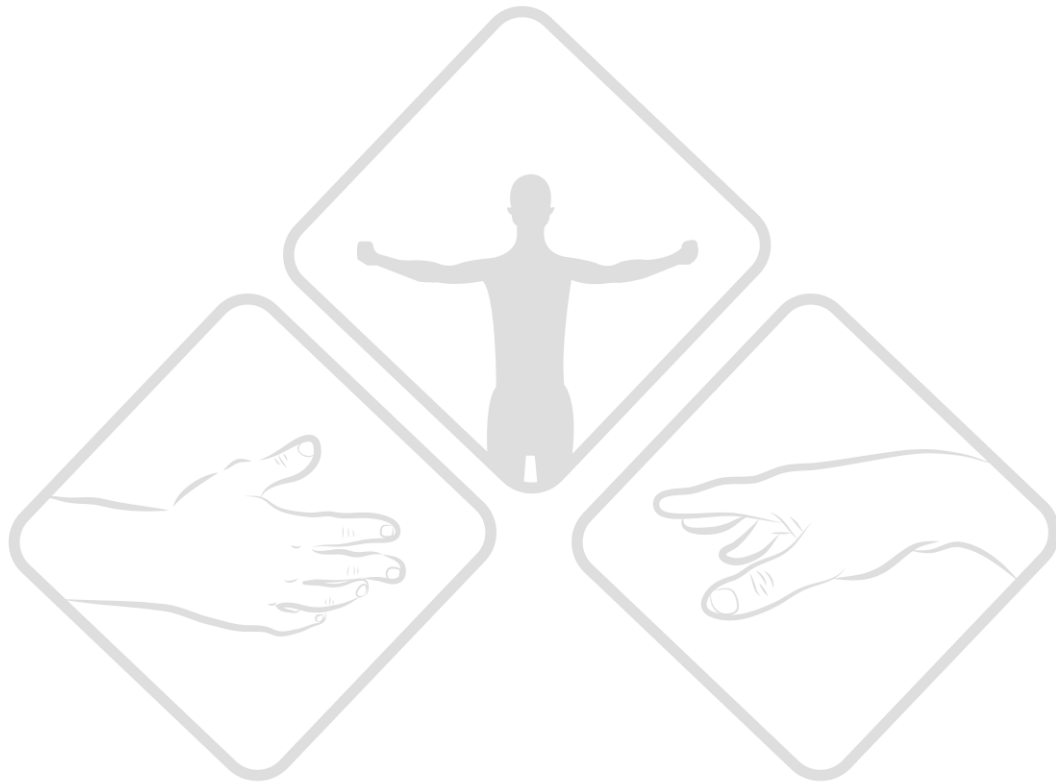
En líneas generales, este es el camino fenoménico que se habrá de recorrer dentro de la situación contextual de la paciente L.M, a lo largo de esta investigación, con el fin de relacionar la teoría con la experiencia, los hallazgos con lo reflexionado por la terapia Gestalt, y descubrir ese camino que se necesitó recorrer para contactar y transformar de manera creativa la confluencia que, en su momento, era un riesgo dentro de los límites de contacto, llevándole a una ideación e intento suicida. No se trata de suicidarse, más bien, evitar morir en su contacto con el mundo, para no llegar al suicidio, conociendo el contexto de su situación y ofreciendo herramientas para que pueda elegir resignificarla.

Los aspectos mencionados con anterioridad en la presente investigación, entrañan la siguiente pregunta con el propósito de dar solución a la perspectiva de la situación contextual planteada, a saber: ¿Cómo actúa la confluencia en un estudio de caso con experiencia suicida desde la teoría de la terapia Gestalt? Basado en la pregunta formulada, se plantean las interrogantes siguientes: ¿cómo afecta la confluencia en un estudio de caso con experiencia



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

suicida? y ¿qué aspectos intervienen en la confluencia en un estudio de caso con experiencia suicida?





### **Propósitos.**

#### **Propósito general:**

Analizar la confluencia en un estudio de caso con experiencia suicida desde la teoría de la terapia Gestalt.

#### **Propósitos específicos:**

- Describir la confluencia en un estudio de caso con experiencia suicida a partir de la teoría de la terapia Gestalt.
- Explicar los aspectos que intervienen en la confluencia en un estudio de caso con experiencia suicida desde la teoría de la terapia Gestalt.

#### **Importancia de la temática.**

El notable tributo académico, que puede brindar una investigación, no se basa en aportar sólo análisis sobre la situación actual de un caso de estudio, sino a su vez conocer, comprender, relacionar y proponer estrategias, que ayuden a minimizar los efectos negativos concretamente, a saber: desde una confluencia no sana, pasando por experiencia depresiva, entre otros conducentes a la ideación e intento suicida; lo cual, servirá de apoyo, como destaca Cooper (2004, como se citó en Francesetti et al., 2013,) para “la ampliación de nuestra comprensión de los mundos de los clientes, así como ser un reto para nuestros supuestos y creencias acerca de la terapia” (p.192),

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

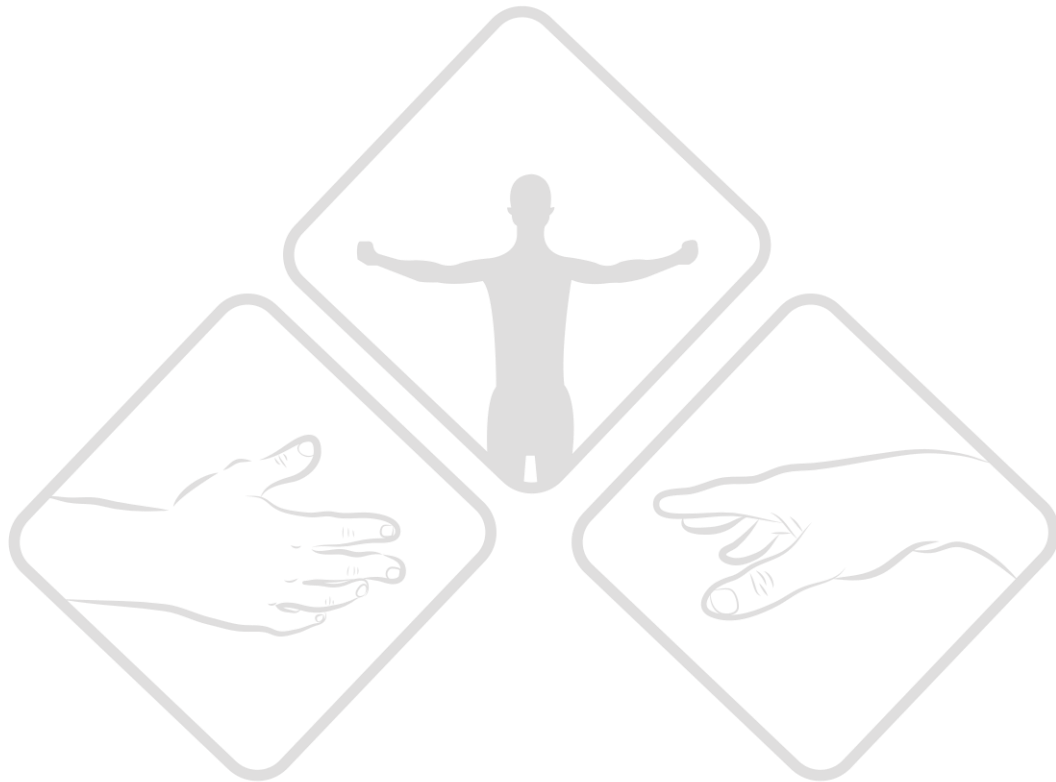
y en el proceso, salvar vidas, ayudando a transformar la sociedad, en una más sensible y consciente de este tipo de realidades.

Desde el punto de vista teórico, se requiere responder a la necesidad de analizar uno de los procesos cognitivo-afectivos más obviados y delicados en el desarrollo de la persona, la confluencia, la cual, de manera disfuncional genera la experiencia depresiva, influyendo poderosamente, no solo en el desarrollo de cada persona, sino que también afecta su rendimiento, ocasionando desmotivación, disparidades sociales, asilamiento, entre otros, generando un debilitamiento familiar, social y personal, que mayormente puede derivar en el suicidio.

Desde el punto de vista práctico y pertinencia social, los hallazgos de la investigación, pueden ser utilizados por toda persona, en especial, psicólogos y psicoterapeutas que valoren el proceso psicoterapéutico personal y la historia de vida de una persona con este tipo de experiencias, buscando adentrarse en su realidad, como parte de la necesidad de ofrecer una opción que ayuda a salvaguardar la vida de las personas en estas situaciones, el futuro ético y psicosocial de la nación, y más en estos tiempos, en que el suicidio se ha convertido en la tercera causa de muerte en el mundo, y el estado Táchira, que está entre los tres con mayor tasa de mortalidad por esta circunstancia en el país.

Desde el punto de vista metodológico, el método fenomenológico con enfoque cualitativo, es el que va a abordar el estudio de caso, brindando conocimientos a la realidad del informante clave y aportando criterios de rigor científico vinculados al contexto del campo relacional del paciente, no solo con el fin de contribuir y enriquecer la formación profesional, sino también el poder brindar un tratamiento terapéutico humanista que acompañe a la paciente y le provea de herramientas necesarias para afrontar su situación de vida desde una perspectiva diferente y sana.

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA



## CAPÍTULO II

### PERSPECTIVA TEÓRICA

#### Antecedentes

El campo de la investigación siempre ha buscado no redundar en investigaciones que se hayan estudiado a fondo. Así, Bernal (2010, como se citó en Orozco y Díaz, 2018) presenta los antecedentes como la manera de “mostrar el estado actual del conocimiento en un determinado campo (...), tales estudios muestran el conocimiento relevante y actualizado, las tendencias, los núcleos problemáticos, los vacíos, los principales enfoques o escuelas (...) y los avances sobre un tema determinado” (p.68), de igual forma, el poder seleccionar una perspectiva poco tomada en consideración, y/o descubrir la utilidad que ha brindado la temática a tratar hasta el momento.

Es importante saber y destacar, que los antecedentes seleccionados para esta investigación, representan el avance y actualización, que hasta el momento se han realizado desde distintos lugares a nivel mundial, y por supuesto en diferentes idiomas respecto al tema de estudio. Sin embargo, se limitará a colocar, aquellas realizadas en español, a nivel Internacional, resaltando que, tanto a nivel nacional y regional, no existen investigaciones de este tipo, dada la inexistencia de una escuela dedicada a la formación e investigación en terapia Gestalt en el país, hasta ahora.

### **A nivel internacional**

Rodríguez (2020) realizó un estudio sobre el: “Proceso de Psicoterapia Gestalt en un joven universitario con ideación suicida”. El Objetivo del estudio consistió, en analizar los cambios en la ideación suicida de un joven universitario como estudio de caso, a través de 21 sesiones con una hora de duración una vez por semana. La investigación fue diseñada desde un enfoque cualitativo con diseño preexperimental de psicoterapia a través de técnicas gestálticas, realizada en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México.

Se realizó sobre la base de un estudio de caso único bajo un modelo de intervención fenomenológico. Las técnicas utilizadas, se basaron en Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) y el Inventario de Depresión de Beck (1993), entrevista semiestructurada para la confección de la historia clínica y la observación directa participativa, las notas de evolución fue el procedimiento de registro durante la observación. Entre los hallazgos obtenidos, se encontró la afectividad del proceso psicoterapéutico gestáltico considerando el proceso de contactar como una estrategia de intervención relevante para incluirse en el mundo interior del sujeto favoreciendo tanto la disminución de la ideación suicida y la reducción del riesgo como los síntomas depresivos.

La pertinencia con el presente trabajo investigativo, se relaciona en cuanto al estudio de la experiencia suicida que se origina en la ideación a través de asuntos inconclusos, inestabilidad emocional, imposibilidad de contactar, causados por varios elementos, entre ellos, una confluencia patológica como modalidad de contacto alterada que va originando el panorama del suicidio.

Por su parte, Herrera (2008), presenta una investigación titulada: “La experiencia de los jóvenes que han intentado suicidarse y que reciben atención psicológica en el COSAM Puente Alto. Descripción desde una perspectiva Humanista Gestáltica”. Esta investigación se desarrolla a través de un estudio

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

exploratorio de carácter descriptivo, el cual guarda por propósito conocer la experiencia del intento de suicidio en adolescentes, desde la perspectiva Humanista Existencial otorgada por la Terapia Gestáltica a través del modelo teórico “Ciclo de la Experiencia”.

La metodología empleada fue cualitativa y las técnicas que se emplearon para la recolección de información fueron entrevistas semi estructuradas y observación de campo. Así mismo, la muestra estuvo compuesta por cuatro adolescentes que se encontraban recibiendo atención psicoterapéutica Enel Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) de Puente Alto. Los principales aportes que brinda esta investigación, se relaciona con la teoría del Ciclo de la Experiencia en la Terapia Gestalt y su aplicación al conocimiento de los logros y bloqueos manifiestos en el intento de suicidio realizado por estas adolescentes, en relación a las necesidades insatisfechas que condicionaron su modo de actuar, por un lado la mitad de las jóvenes ejercen este comportamiento en función de emitir un mensaje a otro significativo (sus padres), con la finalidad de modificar el campo ambiental y satisfacer su necesidad de acogida y protección. Y, por otro lado, la totalidad de las jóvenes pretendían a su vez la muerte para así acabar con su sufrimiento y morir, en definitiva.

Los resultados de este estudio, son de interés con el presente trabajo investigativo, en cuanto a la evidencia de la relación del ciclo de la experiencia con la ideación suicida, contemplada dentro de la teoría de la Terapia Gestalt. Más aun, lo hace pertinente el hecho de analizar la confluencia como interrupción del ciclo de la experiencia y bloqueo de necesidades insatisfechas, en donde el contacto cada vez más se deteriora en el campo relacional y aumentan los factores de riesgo en la ideación suicida como única solución a su situación de conflicto.

### **Aspectos Teóricos.**

De acuerdo con la revisión de la literatura, se tomaron teorías de diversos autores, los cuales constituyen la fundamentación teórica de este estudio. Así, Tamayo y Tamayo (2003) plantean los aspectos teóricos como principios “dentro de los cuales se va a manejar el problema; la definición de los conceptos que se van a usar; la especificación de las hipótesis que se indagarán como posibles pistas de solución” (p.141), lo cual se utiliza, sobre todo, para precisar una acepción unívoca de conceptos, que pueden tener distintas nociones, además de servir para delimitar mejor el proyecto.



### **Confluencia**

#### **Conceptualización y perspectivas:**

Al hablar de Confluencia, es necesario saber no sólo qué significa según los autores, sino también en qué se asemejan o diferencian dichas teorías, las cuales permiten discernir mejor este dominio como modalidad de contacto. Vale decir, que este término “dominio”, se desarrollará mejor en el apartado sobre modalidades de contacto. Por ahora, respecto a la definición de autores, se tomará en consideración los más contemporáneos con el fin de ser puntuales a la hora de definir una terminología que ha sufrido cambios con el pasar del tiempo. Así pues, fueron seleccionados entre los principales representantes de la teoría de la terapia Gestalt: Gary Yontef, Jean-Marie Robine, y Spagnuolo-Lobb Margherita, quienes han profundizado bastante sobre este tema.

Laperyronnie (2013), considera menester aclarar, en sus propias palabras que “si todos los autores que he citado se refieren a las mismas palabras para



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

definir la confluencia (a saber: contacto, consciencia, frontera), evidentemente no las emplean de la misma manera” (p.117), incluso, aunque puedan tener puntos de encuentro siempre existirán aspectos y opiniones que aun permitirán mantener líneas de investigación sobre este y otros temas, dentro del campo de la terapia Gestalt.

Más aun, en este breve preámbulo, también es preciso comentar en palabras de Lapeyronnie (2005) que “lo propio de la confluencia es permitir la formación de un nuevo todo, la finalización de una nueva Gestalt” (p.138) porque no se trata de acumular habilidades, experiencias... se trata de integrar al organismo de una forma sana lo nuevo, reorganizar el fondo existente en el organismo, con el fin de que cada situación pueda enriquecer tanto a la persona como al entorno, respetando sus límites y sin tener que condicionar o caer en un círculo vicioso repetitivo de patrones de conducta en el individuo. Tomando en cuenta estas aclaraciones, se podrá comprender mejor la intención de cada uno de los autores que se desarrollará a continuación.

Gary Yontef: Así pues, iniciando con Yontef (1995, como se citó en Lapeyronnie, 2005), para este autor, “la confluencia está considerada por este gestáltico como un proceso, ya que implica una pérdida completa de la consciencia de la frontera” (p.76), y perder esta consciencia, significa interrumpir a su vez la toma de contacto, elemento importante del flujo entre organismo y entorno. Además, el mismo autor agrega: “cuando se es confluyente no se es consciente de las diferencias, de tal manera que se ha perdido el sentido de la autonomía, del contacto y de la frontera” (p.76), quedando la función Yo (decisiones y acciones) manipulada por el entorno.

En tal sentido, esta pérdida de la consciencia de la frontera y de las diferencias, así como del sentido de autonomía, son vistas como una interrupción y/o configuración no apropiada del proceso, Lapeyronnie (2005) afirma que “llamar a la confluencia «configuración general de frontera»



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

permite, según Yontef, ya ser considerada como un proceso (como algo que el individuo está a punto de hacer), o como un estado, definiendo el estado como una parte del proceso” (p.76); sin embargo, el proceso de contacto puede verse controlado, lo cual no es un verdadero contacto, sino una forma de asimilación del otro, pues el contacto sucede, ocurre de forma espontánea, y suprimir este elemento, es robar la independencia del otro, alienándole o alienándose en dicho proceso que se convierte en manipulación, fracturando la confianza en la existencia real y particular del otro, así como la de sí mismo.

Ahora bien, es importante preguntarse ¿cómo funciona este dominio como parte del proceso de contacto? Para Yontef (1997), esto se mueve en un acto de que: “requiere tener fe en que existen los recursos no sólo bajo el control de la persona, sino en el resto del campo organísmico/ambiental” (p. 37). Vale decir que tener fe aquí, no significa colocar la creencia o confianza en que un ente sobrenatural va a resolver el proceso de contacto, así no funciona, pues para eso el ser humano está dotado de memoria, entendimiento y voluntad, elementos que le permiten darse cuenta de sus propios recursos y aquellos que el organismo/entorno puede proveerle, si decide buscarlos, para generar un buen contacto.

Más aun, Yontef (1997) señala que lo propio de la confluencia sana es propiciar que las personas “alternan entre conectar y separar, entre estar en contacto con el ambiente del momento y alejar la atención del ambiente” (p.132), este funcionamiento de la confluencia entre contactar y distanciarse, mantiene el límite de contacto, y la distorsión de estas hace que se pierda el límite, restando a su vez, el darse cuenta, tan importante en el proceso de contacto.

J.M. Robine: Por su parte, Robine (1991, como se citó en Lapeyronnie, B. 2005), considera que la confluencia es “una abolición no consciente de la distinción figura/fondo o de la capacidad de distinción figura/fondo” (p.101),

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

este tipo de anulación inconsciente de la figura de contacto, conlleva a todo a suprimir lo que se hace consciente para evitar que se distinga del fondo, evitando que se desligue del mismo con el fin de mantener la figura enredada en el fondo, generando la confluencia, es decir el fondo no-consciente, presente sin contorno.

Para este autor, la “ausencia de emergencia de figura” (p.102), no solo enreda la figura, también la invade para que no se transforme en figura, y pueda seguir manteniéndose dentro del campo de la proyección, es esto lo que permite comprender cómo la confluencia acompaña cada fenómeno de la frontera de contacto, no solo desde el punto de vista función, sino también del patológico.

Desde esta perspectiva, ya hemos dicho parafraseando al autor, que “la confluencia acompaña cada fenómeno de la frontera, a la vez en una dimensión sana y funcional y en una dimensión disfuncional y patológica” (p.102), ahora bien, lo que la diferencia, es la poca intervención de la función yo, en el que, por no ser consciente del ello de la situación, no se puede tomar contacto con la función ello. En cambio, en el ciclo de contacto, cuando se llega al contacto final, surge una reconstrucción del yo y el tú como experiencia momentánea, lo cual se denomina confluencia sana.

Respecto a cómo funciona, Robine (1991, como se citó en Lapeyronnie, B. 2005) lo ve como “una resistencia a la constitución de una figura” (p.102), comparándolo con el fondo vacío de Goodman, del cual afirma que “si no hay contacto, ni frontera, se puede entonces hablar de confluencia” (p.103), la diferencia significativa estaría en que, en el modo “sano”, la frontera se va a construir o reconstruir, aunque sea poco a poco, pues la abolición de la frontera es solo momentánea con el fin de asimilar, en cambio, en la “patológica”, esto es sostenible en el tiempo, hasta que se haga consciente y la función yo pueda elegir mantenerla o no.

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

De este modo, el autor destaca cómo la integración de la experiencia nutre el contacto presente y futuro, “cuando en el final de la fase de contacto final, y después en el postcontacto, el *self* integra el objeto contactado o la experiencia del objeto contactado dentro de sus fronteras y enriquece el fondo disponible para las experiencias futuras” (p.103), pero la anulación de esta, en vez de enriquecer como parte de una integración, genera una antibiosis para asegurar la existencia confluyente a costa de la transgresión del contacto, llamado por Robine (1991, como se citó en Lapeyronnie, B. 2005) como “oposición a la función-yo” (p.104), en donde se vuelve pérdida y ausencia de límites del Yo.

A lo anterior, entonces no se estaría asimilando nada, solo se daría una disminución del *self*, implicando, en palabras del autor “la no-accesibilidad de algunas de estas experiencias teniendo en cuenta el juego de las defensas y en concreto del rechazo” (p.105), terminando en un bloqueo total del contacto, como ya se ha indicado anteriormente, y sumergiéndose en una indiferenciación de la figura-fondo, la cual debilita la función Yo, e impide la actualización de la función personalidad, manteniendo el pasado en el presente y futuro próximo.

Spagnuolo-Lobb, M.: Por otra parte, para este Spagnuolo (2000, como se citó en Francesetti et al., 2013), es imperativo aclarar que para muchos autores “la confluencia, siendo una modalidad de contacto, es la habilidad de percibir el entorno como si no hubiera fronteras, ni diferenciación entre este y el organismo” (p.150), y este tipo de indiferenciación es necesaria para la asimilación de nuevas experiencias. Dado el caso, entonces es indispensable sea comprendido desde lo funcional y lo disfuncional, para evitar distorsiones de cualquier índole, que nos puedan desviar de la línea de investigación.

Es por ello que esta autora, así como muchos más, está de acuerdo en que la confluencia inicia “en el momento del nacimiento el contacto tiene lugar de un modo concluyente: la madre y el niño se intuyen mutuamente. El niño

percibe el entorno como una parte de sí mismo y la madre es plenamente consciente de estar enamorada de su niño” (p.149); sin embargo, autores italianos, igualmente contemporáneos Righetti y Mione (2000) y Righetti, (2005, como se citó en Francesetti et al., 2013), coinciden en que sería correcto hablar del desarrollo humano, y de la confluencia, desde el momento de la concepción de la vida en el útero “en que el feto es capaz de percibir el entorno y actuar intencionalmente en él” (p.149) pensando en la confluencia como dominio o habilidad de estar-con sin la percepción de fronteras como cualidad natural del organismo.

### **Confluencia: contacto e interrupción**

Así, continuando con la autora Spagnuolo (2000, como se citó en Francesetti et al., 2013), en la confluencia como contacto o interrupción, su funcionamiento no se basa meramente en la “intuición del otro... [sino también en] una sensibilidad a lo que hay en el entorno” (p.150), lo cual propicia un dominio sobre la evidencia fenomenológica en el campo organismo/entorno, permitiéndole una percepción clara, o en su defecto, la ausencia del mismo puede causar la desensibilización del mismo.

Ahora bien, corresponde en este apartado brindar a la confluencia una mirada desde el contacto y la interrupción. Vale decir que la palabra contacto, viene del latín “*contactus*” que significa “acción o resultado de palpar”, es decir, de tocar al otro, o lo que es diferente, lo cual, es parte de la confluencia, pues esta forma de establecer una conexión y/o experiencia con lo otro, es clave para nuestra existencia, la cual siempre va a estar acompañada de otro (entorno/organismo). En este sentido, en la terapia Gestalt, Martín (2006) nos recuerda algo importante: “el contacto es una de las principales necesidades

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

psicológicas del ser humano” (p.61), y la carencia del contacto genera deterioros en la personalidad de los individuos. Es por ello que Francesetti et al., (2013) agrega:

La experiencia de contacto con el entorno, un concepto clave para la Terapia Gestalt para comprender la naturaleza humana (nacemos, y crecemos por y en contacto), es el código hermenéutico del desarrollo y del movimiento, del mismo modo que para los procesos relacionales (p.155).

Lo cual nos indica que todo contacto atraviesa etapas, periodos de unión y separación, contacto y postcontacto, proporcionándole al individuo lo necesario para nutrirse y retirarse, con el fin de continuar este ritmo que le permite vivir en la libertad de su ciclo y espacio vital, íntegro y seguro, sin correr peligro de invalidación o eliminación por lo otro.

Por ende, para Lapeyronnie (2005) “la confluencia sana y necesaria aquí es entonces la unificación figura/fondo. Es la figura del todo que alimenta sus propias fronteras. El sujeto está completamente comprometido y no puede echarse para atrás” (p.119), esta realidad psicofisiológica, conlleva al ser humano a abrirse en su modo de contacto con lo que le rodea, permitiéndole distinguir entre entorno y organismo, respetando su independencia sin quedar apegada ninguna de la otra, pero sí unificando dentro de sí, aquello que le nutre como organismo para conectar con su crecimiento y maduración.

Es por ello que, tal y como lo afirma la autora: “lo propio de la confluencia es permitir la formación de un nuevo todo, la finalización de una nueva Gestalt” (p.138) – no se trata de acumular sino de integrar, reorganizar el fondo, y esto se logra gracias al contacto, el cual propicia el intercambio de experiencias para algo nuevo entre el sí mismo y lo que es ajeno a sí, lo cual no tiene que ser solo entre personas, sino de un individuo con otra cosa. Ahora bien, es

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

necesario tener presente que el principal y buen contacto que se debe y puede tener, es consigo mismo, lo que ocurre dentro y fuera de la persona es importante para el sano contacto con el entorno.

Ciertamente, el contacto es parte esencial del desarrollo del ser humano; sin embargo, ocurre otro proceso contrario al contacto, orientado a desviar la atención del organismo con su entorno, con el fin de estancar, esto según Martín (2006) “inmoviliza al individuo en su intercambio con el exterior” (p.66), y evita que la energía fluya del organismo al entorno y regrese con los nutrientes. A esto se le llama interrupción, el cual puede ocurrir, afirma Lapeyronnie (2005), cuando “la confluencia está definida como un no-contacto, es una no-consciencia (*unawareness*) de la frontera-contacto” (p.127), aquí, los límites no aparecen para salvaguardar la identidad del individuo, sino para evitar que el individuo viva la experiencia de ser un Yo junto al otro.

En otras palabras, para la autora,

decir que la confluencia es un no-contacto es decir que el ajuste creativo está acabado o interrumpido o a punto de estancarse, que la formación de una figura de interés que se destaca sobre un fondo no se produce o se produce de más, que no hay consciencia de la novedad (p.118)

Estas modalidades de interrupción del contacto, procuran sostener una simbiosis con aquello que no se resiste a la nueva experiencia, o busca sostener una absoluta dependencia del entorno, lo cual, más allá de una no-consciencia, es una separación del exterior, el cual bloquea el crecimiento de la persona, secuestrando sus propias capacidades de dar respuesta a las situaciones presentes en el contexto situacional y que forman parte del campo en el cual en vez de nutrir y nutrirse, amordaza la figura para que siga sosteniéndose en un ciclo no de experiencia, sino de imperfección y debilidad.



### **Modalidades de contacto**

Ante estas modalidades, es menester destacar que para Spagnuolo (2000, como se citó en: Francesetti et al, 2013) un dominio: “está ligado a competencias claramente diferenciadas, que tienen su propio desarrollo en la totalidad del curso de la vida y que interactúan entre sí” (p.141), en otras palabras, es la forma en que el pensamiento gestáltico entiende el desarrollo humano, superando la idea estructural de fases desarrollo que la persona va asimilando de forma acumulativa en sus diversas etapas de crecimiento. Visto de esta manera, en el proceso relacional del paciente y su desarrollo, se evita una comparación meramente evolutiva de etapas específicas del pasado que puedan estar incompletas o no, y se asume la posibilidad de ver más allá, las modalidades con las que hace contacto en el aquí y el ahora, mejorando su capacidad de relacionarse e interactuar con su entorno, y así poder nutrirse de la experiencia.

Así, Spagnuolo (2000, como se citó en: Francesetti et al, 2013), cuando hace referencia a este proceso relacional, habla entonces que “las modalidades gestálticas de contacto (introyectar, ser confluyente, proyectar, etc.) constituyen nuestras categorías hermenéuticas de estar-con, nuestros dominios, la competencia del self-en-contacto con el entorno” (p.145), es decir, el ser humano no es un objeto que cumple fases complejas de desarrollo para evolucionar de una manera unidireccional y, con la ausencia de alguna de estas fases, no se dará la siguiente. Se habla aquí, más bien, de “«modalidades adquiridas de contacto» e instrumentos (en otras palabras, habilidades de estar-con transferidas a las diferentes modalidades relacionales” (p.146). Es entonces prioritario desarrollar cómo forma la confluencia parte de estas modalidades de contacto, en las que se encuentra presente de manera implícita.

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

En tal sentido, es necesario considerar cómo cada modalidad de contacto (confluencia, introyección, proyección, retroflexión) puede alejarse de la espontaneidad para bloquearse y suprimir lo nutritivo de la experiencia en el campo relacional, teniendo presente el libro del PHG: Perls, Hefferline y Goodman (1951, como se citó en Lapeyronnie, B. 2005), que “cada mecanismo neurótico es una fijación y contiene igualmente una confluencia, algo de lo que no se es consciente” (p.117), es por ello que, la confluencia, se encuentra tipificada como la primera de todas, llamada por Vázquez en su introducción al libro de Francesetti (2019) como “confluencia de fondo” (p.14) en la que inicia cada modalidad de contacto o se fija. Esta habilidad permite a la persona no solo estar con el entorno, sino también ser parte del mismo de manera incluso radical. Los riesgos ciertamente son altos, si deja de ser una habilidad y pasa a ser una debilidad, renunciando a tener una diferenciación y percepción clara de la realidad y depender totalmente de ella.

Referente a la introyección, esta modalidad de estar con el entorno para aprender como una copia exacta, y no en modo de aprehender (es decir, analizar una información nueva que se ha podido construir o descubrir), le lleva a embutirse dentro de sí mismo literalmente, un aprendizaje que no ha sido filtrado por el sujeto, pues habilidad, destaca Francesetti (2019), está “caracterizada por la asimilación de los estímulos del entorno” (p.150) sin discriminar aquello que pueda no necesitar en su crecimiento. Es un dejar que el mundo le moldee a su gusto, sin libertad de elegir.

En lo descrito anteriormente, la confluencia actúa para resguardar cada introyecto, aun cuando pueda ser un sufrimiento para el individuo, teniendo muy presente, según Lapeyronnie (2005) que “...todo lo que crea el desequilibrio del campo organismo/entorno, incluso aunque no sean conscientes, no pueden desaparecer” (p.155), y esto es lo que termina ocupando a la persona introyectada, la cual no podrá desarrollar plenamente su propia personalidad, pues su atención y energía se encuentran dirigidas a



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

sostener lo que no le pertenece, pero de igual forma se encuentra alojado dentro de sí.

Ahora, respecto a la proyección, este dominio de contacto, permite al individuo ir hacia el entorno y vaciarse en él, en palabras de Spagnuolo (2000, como se citó en Francesetti, 2019) «sumergirse en el mundo» entregando su energía al otro y al entorno” (p.151). Es este volverse hacia *ad extra* (afuera) para que la entidad externa cumpla los deseos ajenos de quien conecta con el entorno, haciéndole responsable de lo que ocurre internamente, como afirma Martín (2006), un “desposeernos de aquellas partes de nosotros mismos en donde se originan aquellos impulsos proyectados y negados” (p.122), dado que no se trata simplemente de sobreponer en el lugar del entorno las necesidades del sujeto, sino despojarse de ellas.

De esta forma, el individuo en vez de resolver sus propios conflictos, se presenta ante el mundo como una víctima de su entorno, desligándose de toda responsabilidad activa hasta de su propia existencia, interrumpiendo el proceso de contacto que le ofrece la oportunidad de elegir aceptar o rechazar algo, más aun, inhibiendo su propio crecimiento. El conflicto de esta habilidad, está en descargar en el otro los asuntos inconclusos, y ver en lo otro el problema que se tiene internamente. Así como también puede ver en el otro lo que anhela ser y no se atreve a buscar.

Aunado a todo esto, está también la habilidad de retroflexión, la cual, según Spagnuolo (2000, como se citó en Francesetti, 2013) permite al individuo “sentir la plenitud de la propia energía firmemente confinada/contenida en el cuerpo y en uno mismo” (p.152), esta modalidad faculta a la persona para desarrollar la capacidad de reflexión, creatividad, estar solo, entre otras áreas que tengan que ver con estar consigo mismo y para sí; sin embargo, también en estado desensibilizado, se vuelve hacia sí mismo para hacerse lo que

desearía hacerle a otros, volviéndose un peligro para sí mismo y bloqueando el sano intercambio con el entorno para satisfacer sus necesidades.

Ante esta modalidad, Martín (2016) plantea cómo el individuo se “sustituye por el ambiente como blanco de conducta” (p.126) y de maltrato incluso, llegando a inmolarse, producto de una situación de conflicto entre la represión e inhibición interna, en donde es juez y verdugo de sí mismo por aquello que se quiso del entorno y no se obtuvo. Así pues, Lapeyronnie (2005) destaca el contacto, siendo “la toma de consciencia de la novedad asimilable y el comportamiento dirigido hacia ella; es también el rechazo de la novedad inasimilable” (p.118) expresada en una confluencia que acompaña disimuladamente estas modalidades de contacto.

### **La confluencia patológica**

Ahora bien, es necesario mirar la confluencia desde la óptica de la psicopatología, dado que, cuando la confluencia no es sana, genera un malestar, una ausencia e interrupción en el organismo. Por tal motivo, la psicopatología, en opinión de Francesetti (2019), es vista como “el estudio del sufrimiento psíquico del ser humano” (p.27), y este tipo de padecimiento, se originan por causas que el ser humano no busca, pero tampoco puede resistirse a su afección. Así, el mismo autor señala esta rama de la psicología como el estudio de un tipo específico de fenómenos: “los fenómenos pathos, que son padecidos, es decir sufridos, en los cuales la persona no puede hacer una elección” (p.27). Todo lo que escapa de nuestras elecciones puede afectar para bienestar o malestar del individuo, haciendo a la persona menos libre y menos capaz de existir plenamente.

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

Empero es destacar que existir plenamente no se trata solo de vivir, para Francesetti (2019) “la experiencia de existir no es un hecho, sino un proceso que tiene lugar continuamente, y con diferentes resultados, en nuestra vida” (p.28), y esta experiencia, tiene que ver con el contacto de lo otro (individuo, ambiente, situación), en el cómo se siente y cómo se acerca al ello de la situación para co-crear un Yo y un Tú sin afecciones que limiten y/o coarten la capacidad de elección propia de la persona, originando el sufrimiento prolongado *pro-tempore*, objeto propio de la psicopatología.

De acuerdo con lo anterior, vale la pena preguntarse entonces: ¿Cómo se transforma en psicopatología la confluencia? Recordando que la confluencia sana es la forma que tiene el organismo para asimilar lo nuevo en una fusión de figura-fondo, Lapeyronnie (2005) señala lo psicopatológico como: “la dificultad de comprometerse en una nueva experiencia que puede conmocionar lo que ya estaba y cuestiona los modos de pensamiento, de actuar, de ser que nos constituían hasta ahora” (p.139). Esto sucede, debido a que la “confluencia de fondo” citada anteriormente, bloquea lo que sigue para que se produzca el encuentro entre el organismo y su entorno, impide el impulso para evitar que se forme una figura, se diferencie del fondo, y pueda avanzar en el proceso de contacto, aumentando los asuntos inconclusos que quedan custodiados en la ausencia por dicha confluencia que se vuelve psicopatológica.

Así pues, este fenómeno psicopatológico no solo se presenta al inicio de forma insana, también antes. Lapeyronnie (2005), lo expresa así: “la confluencia corresponde aquí a la ausencia de frontera figura/fondo en el sentido de que los introyectos, las proyecciones o retroflexiones no sanas no han sido asimiladas y no pueden formar parte por completo del organismo como unidad” (p.120), al no darse la asimilación, es entonces en donde se

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

hace presente la ausencia, asediada por la confluencia psicopatológica con el fin de no formar el contacto con el sentir.

Vale destacar también que, la confluencia sana nos permite ser parte del entorno con habilidades de vida empáticas y corporizadas, sin riesgo de confusión o locura, y lo contrario a esto, Lapeyronnie (2005) destaca cómo conlleva “el riesgo de una experiencia desensibilizada en este dominio es la locura: una percepción sin claridad y –voy a ir muy lejos al decir esto– sin respiración (basada en la ansiedad)” (p.150), dejando además de asuntos inconclusos, el sufrimiento, que no es otra cosa sino la imposibilidad de sentir y estar presente en el aquí y ahora de la experiencia, la cual se fragmenta a causa de la pérdida del presente que se transforma en malestar desensibilizado.

Por otra parte, las consecuencias de una confluencia psicopatológica terminan siendo para nada saludables en la vida de la persona. No se habla aquí de una Alexitimia, en la que no se sienten emociones, sino de una experiencia no asimilable debido a una disociación de la figura, Francesetti, (2019) expresa “que la pone fuera de juego de la experiencia sin que sea asimilada, por lo que la hace o inaccesible...” (p.47) o ausente, volviéndose cotidiano, sin progreso o avance que permita actualizar cada momento vivido.

Los efectos serán perturbadores tanto para la persona, como para el entorno que, aunque busque proporcionarle los nutrientes de contacto necesarios, siempre serán deflectados, es decir, desviando la dirección de la experiencia hacia una que no se acerque al asunto inconcluso, o la ausencia de relación con el campo en el que se desenvuelve el ahora. En conclusión, la confluencia es el principio y el fin del ciclo de contacto, por decirlo en cierto sentido, a su vez, se puede comparar con el modalismo de sístole y diástole, con el cual, todo sale de sí y vuelve de manera asimilada, hablando de un proceso saludable.

Por cierto, también es necesario aclarar aquí, como bien lo afirma Lapeyronnie (2005) que, “la confluencia no es, como han podido decir algunos, un aferramiento al contacto, sino un aferramiento a una situación antigua que se ha vuelto caduca. El crecimiento se interrumpe, ya que se rehúye la novedad” (p.155), lo cual ocasiona una dinámica de represión que termina en una *vorguestaltent*, es decir, una figura precoz que pudo ser y no llegó a ser, como un cigoto que no llegó a formar una nueva vida por factores externos, en este caso, la confluencia de fondo, quien no permite que la figura se geste de manera real, interrumpiendo el paso de la sensación al darse cuenta.

Para ser más específicos, Lapeyronnie (2005) aporta la siguiente aclaración: “en el precontacto: impide que una nueva figura emerja, las pulsiones, necesidades, apetitos, deseos y las estimulaciones ambientales no son percibidas” (p.129), y esta inhibición que es más una interrupción como mecanismo de resistencia, no solo al contacto sino también a la novedad, que trae a su vez lo creativo para alimentar la experiencia del individuo y poder así crear nuevos ajustes en su proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo todo.



### Experiencia Suicida

#### Conceptualización según diversos autores

Se ha tocado anteriormente el tema de la confluencia como sustento teórico, para abordar la experiencia suicida, dado que la confluencia puede sostener a la persona, pero también puede colocarle en riesgo al punto de hacerle ver el acto suicida, no solo como un recurso, o el último, sino también, como el más ideal para dejar de confluir con el trauma (dolor, ausencia, aquello que le

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

maltrate). Para comenzar el tema de la experiencia suicida, es necesario considerar su definición, con el fin de delimitar un tema tan amplio y que se concatena con muchas variables afines entre sí.

Acerca de ello, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: UNICEF (2017), lo define como “el acto deliberado de quitarse la vida” (p.7), es decir, se refiere a una elección que ha sido pensada y tomada por voluntad propia por una persona en pleno conocimiento de su consumación fatal; sin embargo, para autores como Díaz C. (2021) considera que “no es una elección consciente... sino la respuesta ante una dinámica social que nos conduce como sociedad al aislamiento emocional” (p.14). Este autor, quién ha investigado sobre esta experiencia, específicamente en adolescentes, afirma que la mirada no es solo hacia el individuo que sufre la idea o busca el suicidio, sino también mirar de forma integral el campo/entorno que configura dicha búsqueda para finalizar con la propia vida, pues el suicidio también se co-crea con el fin de auto eliminarse del contexto en el que vive.

Esto deja una diferenciación entre el cómo ve el suicidio las organizaciones mundiales, y la mirada de especialistas y psicoterapeutas, quienes van más allá de una conceptualización, buscan tocar con tacto y cuidado, una realidad contextual que se extiende y se disemina sobre todos los ámbitos posibles, abriéndose paso en cualquier realidad donde se le permita entrar. Así, el suicidio es más que un concepto y/o descripción de la realidad, es una de las principales causas de muerte en el mundo, ganando cada día peldaños en su ascenso en la escala de mortalidad a nivel mundial.

Hay que mencionar, además, que la experiencia suicida se encuentra tipificada en dos tipos de diagnóstico, los cuales Francesetti (2019) denomina como extrínseco e intrínseco, el primero refiere al diagnóstico estadístico, generalizado en textos como el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (2014) y la Clasificación internacional de



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-11 (2019); mientras que el segundo, corresponde al criterio fenomenológico gestáltico, es decir, al cómo aparece dicha experiencia en el paciente. Con todo, conviene subrayar que no se desea expresar cuál es mejor, pues los dos son necesarios para una correcta mirada, más allá de las comparaciones, pero también más acá del contacto con el paciente de modo sensorial y pre-reflexivo.

Estas observaciones, invitan a conocer más agudamente, tanto el diagnóstico extrínseco, como el intrínseco, en el cual se ubica la experiencia suicida. Así pues, respecto al DSM-V (2014), el suicidio no se encuentra dentro de los criterios y códigos diagnósticos específicos, sino más bien en la Sección III, referente a afecciones que necesitan más estudio, denominado como "Trastorno de comportamiento suicida" (p.801) y los criterios propuestos para dicha afección se citarán a continuación de manera íntegra, tal y como lo presenta el Manual de Diagnóstico Estadístico:

Criterios propuestos

A. El individuo ha realizado un intento de suicidio en los últimos 24 meses.

Nota: Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte. El "momento de inicio" es el momento en el que tuvo lugar un comportamiento en el que se aplicó el método de suicidio.

B. El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal que se realiza para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo.

C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preparatorios.

D. El acto no se inició durante un delirium o un estado de confusión.

E. El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso.

Especificar si:

Actual: No han transcurrido más de 12 meses desde el último intento.

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

En remisión inicial: Han transcurrido 12-24 meses desde el último intento (p.801).

Se puede notar en lo anterior, que el comportamiento suicida posee un alto grado de letalidad, sin importar si se busca de manera violenta (armas) o no violenta (pastillas o sustancias) en un lapso de tiempo entre 12 a 24 meses, y aunque se ausente la ideación o planificación suicida, puede volver desde una remisión inicial, lo cual manifiesta la intención de morir nuevamente como característica diagnóstica de este considerado trastorno, haciendo difícil determinar el grado de intención suicida de la persona que puede no reconocer lo que hace. Ciertamente, los indicadores de riesgo van a depender del grado de planificación, así como también la búsqueda del tiempo y lugar que imposibilite la opción de ayuda y rescate para el individuo, dependiendo todo del estado mental del individuo.

Además, los desencadenantes ambientales son diversos, así lo expresa el DSM-5: “enterarse recientemente de un diagnóstico médico potencialmente letal como el cáncer, experimentar la pérdida brusca e inesperada de un pariente cercano o una pareja, la pérdida del empleo o ser desalojado del domicilio” (p.802), necesario es destacar que el comportamiento suicida puede aparecer a lo largo de la vida, aunque difícilmente antes de los 5 años de edad, y varía dependiendo de las culturas, lo cual modifica la frecuencia y formas de suicidio.

En cambio, el CIE-11 (2019), lo clasifica dentro de los síntomas, signos o hallazgos clínicos no clasificados en otra parte, tanto como resultados relativos a la mente y el comportamiento, como al aspecto físico, denominándolo así: MB23.R Intento de suicidio y MB23.S Comportamiento suicida. El primero señala que es todo “episodio específico de conducta autodestructiva emprendida con la intención consciente de poner fin a la propia vida” (p.1502), aquí, este instrumento presenta



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

de manera concreta el objetivo de la conducta emprendida, que no es otro sino la finalización de la propia vida; de modo similar, el segundo, afirma que son “medidas concretas, como comprar un arma de fuego o acumular fármacos, que se toman cuando uno se prepara para cumplir el deseo de terminar con la propia vida pero que de por sí no constituyen un intento de suicidio” (p.1502), planteando una preparación que no forma como desenlace un suicidio.

A grandes rasgos, se ha presentado un panorama general del diagnóstico extrínseco y/o gnoseológico en lo concerniente a la clasificación como producto del análisis estadístico a nivel mundial respecto a la conducta suicida, pues permite contextualizar una realidad tan poco visibilizada. Ahora corresponde explorar el diagnóstico intrínseco desde la mirada de dos autores que han escrito sobre el tema; el primero Mann (2010, como se citó en Francesetti et al., (2013), afirma que “necesitamos ayudar a los clientes a contextualizar su experiencia con respecto a su situación” (p. 432) destacando la necesidad de ir más allá de las estadísticas, con el fin de evitar caer en la frialdad aislada y el engaño negligente de quedarse con una mirada porcentual y numérica, como si fuera una calle en un solo sentido, obviando la relación y los aspectos fenomenológicos presentes en el mundo de cada individuo.

En este sentido, los datos son un punto de partida, pero no la verdad universal en sí misma. Por ello este primer autor considera importante “apreciar cómo mi campo fenoménico y el campo fenoménico del cliente se encuentran en la creación de esa tercera realidad de un campo fenoménico compartido” (p.433) que permite evaluar y considerar todos los aspectos que pueden asociarse al riesgo de caer en la conducta suicida, desde el aislamiento, hasta el sentido de desesperanza e inutilidad.

Por consiguiente, el autor plantea un necesario balance entre el terapeuta y paciente, “con la voluntad de entrar y salir de los momentos confluyentes y «saborear» el malestar del cliente” (p.434), en otras palabras, el terapeuta e

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

investigador necesita entrar en el lado del paciente sin perder el suyo, midiendo su capacidad de probar y conocer el malestar del otro, reconociendo en todo momento sus limitaciones para evitar herir y aumentar el riesgo de dolor en la persona afectada, este es el eje principal para evaluar los riesgos de suicidio a los que se puede enfrentar una persona.

Hasta ahora, Mann (2010, como se citó en Francesetti et al., 2013) ha destacado dentro del diagnóstico intrínseco, la importancia de ver al paciente, con una mirada de confianza y limpia incluso de estadísticas que, si bien sirven de referente, utilizarlas como focalizador de lo que le sucede a la persona, puede ser un error que seguramente cueste reparar. Habría que decir también que, “todos los datos que necesitamos están presentes entre el cliente, el terapeuta y la situación, sólo necesitamos saber qué mirar” (p.435) esto permitirá evaluar de una mejor manera el tipo de desconexión que puede vivir el individuo con las posibilidades de apoyo que existan en su entorno.

Es necesario entonces, tomar en cuenta que el suicidio viene a ser la solución a un problema, con la salvedad de que esta solución es el término de la propia vida de quien padece el problema. En tal sentido, las estadísticas extrínsecas no pueden convertirse en una creencia, ni siquiera en un absoluto para la evaluación de la experiencia suicida, sino en una orientación en la exploración de algo que es mucho más interior y personal.

Por su parte, el segundo autor: Díaz F. (2021), al hablar del diagnóstico intrínseco como parte del método fenomenológico y contextual de la terapia Gestalt, acentúa la importancia de “comprender la experiencia que sucede en la situación, por lo que es necesario tener en cuenta que no podemos reducir el diagnóstico a una categorización” (p.71). El autor aquí invita a sostener el diagnóstico como proceso de vida dentro de la intervención psicoterapéutica para alcanzar una amplia comprensión de la(s) experiencia(s) que hacen sufrir al paciente, más allá de lo cuantificable.

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

Otro rasgo característico del autor, es su tendencia a una mirada de la situación limpia de la omnisciencia de pretender saberlo todo, alejándose de la visión que se actualiza en la experiencia y en los cambios continuos dentro de la dinámica relacional. Así mismo, Díaz F. (2021) agrega que el terapeuta necesita del diagnóstico clínico (extrínseco) “para orientar las hipótesis que se van configurando como figuras en la situación terapéutica” (p.72), destacando la temporalidad de las hipótesis a la hora de orientarse en la relación terapeuta-paciente.

Cabe señalar también, que esta libertad de prejuicios, característica del diagnóstico intrínseco, permite apreciar mejor el cómo aparece la experiencia suicida en la persona y cómo la vive, por ello, Díaz F. (2021) indica que “el terapeuta requiere observar los procesos de agresión al entorno, la destrucción de la experiencia, la asimilación y el crecimiento... en la situación terapéutica” (p.73), planteando no solo el grado de responsabilidad del terapeuta, sino abriendo paso también a un grado de responsabilidad del paciente, con el fin de equilibrar la relación de modo horizontal y favorecer una confianza que permita sostener los riesgos emocionales que se puedan presentar dentro de la(s) conducta(s) suicida(s).

Vale la pena finalizar este apartado, destacando como para Díaz F. (2021), en concordancia con Francesetti et al., (2013), estos diagnósticos (intrínseco y extrínseco) deben manejarse de manera equilibrada, pues este último autor señala que el extrínseco es “un mapa del territorio de la situación terapéutica... [y el intrínseco] una sensación de dirección que un terapeuta siente durante su viaje a través del territorio” (p.103) siendo entonces el primero un mapa geográfico, y el último una brújula que nos permite orientarnos a la dirección correcta dentro del campo relacional.

### **Contexto situacional: estadística del suicidio**

Ahora bien, tal y como se indicaba en la descripción de la situación contextual, el suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en el mundo, según la Organización Panamericana de la Salud, por sus siglas OPS (2021), ente adscrito a la OMS, quienes a su vez afirman que es más recurrente “entre los jóvenes de 15 a 29 años, el suicidio es la cuarta causa principal de muerte, por detrás de los traumatismos debidos al tránsito, la tuberculosis y la violencia interpersonal” (párr.3) y/o cualquier afección médica.

Así mismo, una de las páginas de estadísticas más reconocidas a nivel mundial, STATISTA (2023) presenta una minuciosa evaluación sobre el número de suicidios para el año 2020, especificando los países con la tasa más elevada, y afirmando que “Corea del Sur era el país con la tasa más elevada en ese año, seguido de Lituania, ambos con porcentajes superiores al 20%” (párr.1), seguido por Eslovenia y otros países, lo cual permite corroborar desde otro ente observatorio, que el suicidio sigue en aumento, destacando los factores contextuales más asociados con la mortalidad por suicidio, tal y como la OPS (2023) lo señala:

mientras el homicidio y el consumo de alcohol y otras sustancias se asocian con un aumento de la mortalidad por suicidio entre los hombres, la desigualdad educativa fue el principal factor entre las mujeres. Para ambos sexos, el desempleo se asoció con un aumento de la mortalidad por suicidio (párr.2).

Lo cual permite ver a nivel mundial el suicidio como un problema social con contexto social, que necesita estrategias de prevención y atención para poder ser erradicada en el mundo. La batalla contra esta causa de muerte es bastante larga, pues aun cuando la agenda 2030 de Objetivos de Desarrollo

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

Sostenible (por sus siglas ODS), contempla por lo menos reducir en un tercio la tasa mundial de suicidios, la OPS (2021) ha informado que “actualmente solo 38 países tienen una estrategia nacional de prevención del suicidio” (párr.9), denotando lo mucho que falta por cubrir en un radio de 195 países que existen en el mundo.

Más aun, la página de Noticias de la Organización de las Naciones Unidas, por sus siglas ONU (2023), ha afirmado recientemente que mientras la tasa de suicidio ha logrado disminuir de modo considerable en la mayor parte del mundo, en América Latina sigue en aumento “en 2019 se registraron más de 97.000 suicidios en el continente, señala la agencia regional de salud, especificando que el 79% de las personas que se suicidan son hombres, aunque se ha registrado un incremento entre las mujeres” (párr.1), atribuyendo disparidad entre la región de América del Norte a la cabeza, en contraposición a la del Sur, especificando razones de diferencias socioculturales entre las sociedades.

Ahora bien, en un contexto más Nacional, el Observatorio Venezolano de Violencia por sus siglas OVV (2023), informó que Venezuela no se encuentra entre los países con cifras de suicidio más altas de Suramérica, tal y como sí sucede con Guyana, Surinam, Bolivia y Uruguay, quienes se encuentran en los primeros lugares del continente, más aun, “ni siquiera está por encima del promedio mundial de unas nueve muertes por cada 100.000 personas. Pero entre 2015 y 2018 pasó 3,8 a 9,3 suicidios por cada 100.000 habitantes” (párr.3), lo cual significa que ha ido en aumento considerable y alarmante, pues una sola vida que se pierda, ya es una pérdida en sí misma.

Empero, por si fuera poco, El OVV (2023) “ha contabilizado hasta mediados de mayo 162 suicidios en todo el país y 32 intentos, según registros de medios de comunicación” (párr.1), dado que en Venezuela existe una ausencia de estadísticas públicas, así lo ha señalado el mencionado organismo no

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

gubernamental, más aun, dicho análisis en el cual han sido consultados expertos investigadores del país, apuntan a un 1,2 suicidios diarios, determinando como consecuencia un valor superior a los 400 casos para finales de este año, en un país que no posee estrategias nacionales de prevención del suicidio.

Por otra parte, es de recordar que el OVV (2023) en su informe anual de violencia autoinfligida 2022, mostró un total de 2173 suicidios, que se traducen en 7,7 muertes por cada 100.000 habitantes, lo cual, siendo comparado con el estudio elaborado por PSICODATA (2023), un estudio realizado durante diciembre de 2022 y enero de 2023, que muestra la realidad psicológica del venezolano, y presentado este año por la Universidad Católica Andrés Bello, da cuenta del estado de ánimo nacional. Basados en una encuesta realizada en el período antes mencionado, encontraron que:

90% de la población siente preocupación ante la situación nacional, 79% afirmó sentir rabia por saber a dónde ha llegado Venezuela y a 73% le entristece pensar en el futuro de la nación. Cuatro de cada 10 aseguraron que, con frecuencia, su estado de ánimo se ha ido deteriorando por estas razones. En promedio, el venezolano tiene un nivel medio de afecto negativo (párr.14).

En sus conclusiones, aseguran que, para seis de cada 10 personas (64%), la principal fuente de estrés son los problemas económicos, derivados en su mayoría por falta de empleo y escasez de salarios justos. También, la investigación encontró que el duelo asociado a la muerte o el éxodo masivo de venezolanos, está afectando tanto la estabilidad emocional y personal de quienes se quedan, como de aquellos que han migrado.

Ahora bien, a nivel regional, esta realidad no disminuye, sino que crece en nuestra región, pues a falta de estadísticas públicas, el Observatorio Universitario



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

de Derechos Humanos de la Universidad de los Andes ULADDHH (2022), registró en el año 2022 la tasa de suicidio en Mérida a la cabeza, seguido del estado Táchira, y luego Trujillo, destacando “En promedio, cada cuatro días una persona decidió quitarse la vida en esta región del país durante los primeros 10 meses del año” (párr.1); por su parte, los medios de comunicación y periodistas, entre ellos La Prensa Táchira (2023), han investigado y cuantificado la situación de suicidio en la región andina, llegando a afirmar que: “desde hace más de cinco, Mérida, Táchira y Trujillo encabezan la lista de los estados con la mayor tasa de suicidios en toda Venezuela” (párr.11), basados en entrevistas policiales, y de organismos no gubernamentales como el OVV.

El organismo anteriormente mencionado, ha detallado municipio por municipio de la región, el número de muertes por suicidio, su edad y el mecanismo utilizado para quitarse la vida, afirmando que por lo menos se registran 2 suicidios por mes, 17 en lo que va de año, y continúa en aumento. Con todo, los números señalan un índice de suicidio necesario de atender, haciéndose necesario indagar los contextos en los que más se da este tipo de experiencia, entre las cuales, dichos informes han destacado el aspecto económico como uno de los principales factores externos que ponen en riesgo de suicidio a los individuos.

Empero, se debe agregar a su vez, los contextos en los que más se da este tipo de experiencia, para lo cual, se toma a continuación la opinión de Díaz, F. (2021), terapeuta Gestalt con amplia trayectoria en prevención de las conductas suicidas, especialmente en adolescentes en la sociedad contemporánea. Para este autor, el contexto del comportamiento suicida, es un fenómeno que aparece en diversas experiencias de sufrimiento, llamando no solo la atención mundial, sino acentuando la necesidad de evaluar las condiciones que inciden en tal situación, las cuales desglosa sistemáticamente.

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

Para esta investigación se tendrá en cuenta específicamente la definición de Trauma, con el fin de comprender mejor los contextos de: abuso sexual, bullying, conductas autolesivas y trastorno límite de la personalidad, que mayormente desembocan en este tipo de experiencia suicida. Seguidamente, se desarrollará brevemente cada una de estas experiencias que aparecen como ajustes ante la imposibilidad de desprenderse de la situación dolorosa que le impide abrazar la novedad de lo nuevo, aferrándose a un dolor y un vacío que sostiene la experiencia de sufrimiento, aumentando de manera progresiva el malestar en el individuo.

A tal fin, dentro de las diversas experiencias de sufrimiento y suicidio está el Trauma, el cual es definido por el autor como “un evento repentino y aversivo (inesperado, fuera del alcance las experiencias habituales, fuera de capacidad para hacer frente)” (p.29), y es esto lo que lo vuelve complejo, la poca pericia ante una situación y el nacimiento de una labilidad que está dispuesta a crecer de manera psicofisiológica, pudiendo expresarse de manera desbordada si no se cuenta con el apoyo adecuado. Por esta razón, se ve la necesidad de desarrollar maneras de contacto, sanas y novedosas, cargadas de protección.

Para el autor, el trauma funciona a través de una serie de síntomas que hacen que la persona se sienta en una constante amenaza, y el desborde o el shock emocional se hagan presentes ante eventos similares, debido a que “se podrían desarrollar alteraciones en el sistema córtico límbico que afectarían posteriormente su capacidad de afrontar las situaciones problemáticas de la vida” (p.29). así mismo, también destaca que las consecuencias oscilan entre la capacidad de fantasía y realidad que necesite desarrollar para sostener dicho sufrimiento traumático, en el cual se “limitan la capacidad para nutrirse del entorno presente” (p.31), arrojando como consecuencia una alteración al sentido de pertenencia, conexión y capacidad de inclusión con el entorno,



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

aislándolo cada vez más y conduciéndolo por el camino disruptivo y disfuncional que poco a poco da lugar a la experiencia suicida.

Respecto al abuso sexual, es considerado por Díaz, F. (2021) como el desarrollo de “una serie de conductas sexuales inapropiadas que se producen en la interacción entre personas a través del uso del poder, la fuerza, la manipulación o la amenaza” (p.33), así mismo, el autor señala que este tipo de transgresión de la intimidad de la persona, además de ser una experiencia cargada de confusión y dolor, invalida el proceso de libertad y voluntad, representando una violación a la confianza dada al entorno (sujeto agresor), el cual, es ejercido mayormente por personas cercanas, específicamente de manera afectiva.

Este tipo de trauma, no solo afecta la calidad de vida del individuo, funciona también “afectando la posibilidad de establecer límites en las relaciones abusivas, manteniendo relaciones dependientes, o bien asustándose emocionalmente por temor a vivir nuevamente la experiencia” (p.33), deteriorando su capacidad de establecer contacto con otras personas, especialmente en la intimidad afectiva, haciendo más común el aislamiento, la falta de confianza, la vergüenza, la frustración, la melancolía, degenerándose en experiencias depresivas si no se atiende, y llevando a pensar en la ideación suicida como una solución fija para no sentir más algo que no se es capaz de expresar.

Referente al bullying, el mencionado autor, señala que “es una conducta de acoso u hostigamiento física, verbal o psicológica que se realiza por parte de una persona o colectivo que cuentan con algún tipo de poder o ventaja sobre otra” (p.40), este aspecto lo vuelve un factor de riesgo a contemplar en el proceso o experiencia suicida, pues va lesionando y violentando la frontera de contacto de la víctima con su entorno, a través de agresiones físicas,

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

verbales... propiciando tanto el aislamiento como la percepción negativa ante lo que le sucede.

Es decir, esta conducta funciona “provocando alta tensión emocional por la imposibilidad de expresar el malestar y sostener el conflicto con el abusador” (p.40), que puede ser un compañero escolar, como también una persona con autoridad que participe de dicha conducta, incapacitando al abusado a frenar o defenderse de la violencia que padece, y generando como consecuencia toda serie de cambios en el estado de ánimo, en las que destacan actitudes pasivo-agresivas dada la vulnerabilidad del afectado o su lealtad con la violencia que recibe, los cuales van cimentando y preparando la ideación suicida como una solución cada vez más posible y hasta necesaria.

Acercas de las conductas autolesivas, las cuales van creciendo en la sociedad como una expresión del sufrimiento y la ausencia que vive la persona, es definida por el autor como “la autoagresión a nivel físico que provoca lesiones en la persona sin intención de causar la muerte. No obstante, también puede ser una expresión de una conducta suicida” (p.48), está en el abanico de posibilidades que conducen al suicidio. Su funcionamiento busca permitir la expresión de lo inexpresado, sea provocado por incapacidad de libertad, frustración, impulsividad.

En todo caso, el dolor físico es un ajuste creativo que inconscientemente se sale de control, más allá de la práctica automatizada, “es ahí cuando las conductas autolesivas se van dirigiendo hacia el comportamiento suicida” (p.48), esto permite ver el desequilibrio al que se expone la persona en cuanto al control de sus impulsos y la alteración emocional que sufre en una clara falta de apoyo por parte de su entorno, en otras palabras, se originan nuevas sensaciones a través del dolor físico para sobrellevar las experiencias que le causan desconsuelo.

En cuanto al trastorno límite de la personalidad, el autor confirma que “se caracteriza por un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, la afectividad y una notable impulsividad” (p.58), es todo un malestar psicopatológico que se va acrecentando, pero que también va generando otros malestares, entre ellos una experiencia disfuncional de la vida, transformándose en algo persistente. Así mismo, el autor señala el alto índice de comorbilidad que posee este trastorno en conjunto con los trastornos de la conducta alimentaria, la ansiedad, entre otros.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, en el caso de la tendencia límite “clínicamente podemos apreciar una prevalencia significativa de trauma infantil, abuso sexual, abandono, crianza restrictiva, sobre exigencia, separaciones de las figuras parentales y cuidados desproporcionados” (p.57), todo este caos de violencia y/o abandono, aumenta la desesperanza de vida y alienta el riesgo de atravesar por la experiencia suicida, dada la hipersensibilidad e inestabilidad de este estado que, aunque se pueda presentar en baja letalidad, siempre existe el riesgo de que llegue a realizarse.

### **Comorbilidad con la depresión**

A continuación, es necesario presentar el tema de la comorbilidad en la experiencia suicida, y en qué diagnósticos aparece más recurrente. Para cumplir con tal fin, es necesario definir primeramente la palabra “comorbilidad”, la misma, según el diccionario médico-biológico, histórico y etimológico DICCIONMED (2023), es una palabra compuesta de origen latino, la cual se desglosa de la siguiente manera: “[co(n)- lat. 'unión', 'contacto', 'acción completa' + morb(um) lat. 'enfermedad' + -il(em) lat. + -tāt(em) lat. 'cualidad’]” (párr.2), permitiendo comprender que es la cualidad de coexistir dos o más enfermedades de modo simultáneo o uno seguido del otro.

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

A partir de esta aclaración etimológica, se puede ahora plantear la comorbilidad clasificada en el DSM-5 (2014), allí se especifica que: “El comportamiento suicida puede aparecer en el contexto de varios trastornos mentales” (p.803), destacando principalmente, todos aquellos relacionados con el pánico, la ansiedad, el consumo de sustancias, adaptación y psicóticos, entre otros. Esto permite entrever como la experiencia suicida viene a ser el último recurso, luego de toda una serie de trastornos que buscan desconectar a la persona de la situación traumática. Más aun, el compendio también destaca las dificultades de que dicha experiencia suicida aparezca ausente de patologías, a menos que se deba por motivos políticos o religiosos referentes al martirio, cuestión que se desliga de la experiencia suicida, por formar parte de un acto voluntario sin ningún tipo de afección de naturaleza patológica.

Sin embargo, en dicho instrumento de diagnóstico-estadístico, aparece de manera enfática el riesgo de suicidio en aquellos trastornos que tienen relación con la tristeza, específicamente la Depresión, el estado de ánimo, destacando principalmente el “tener intensos sentimientos de desesperanza” (p.167), un ingrediente que aumenta notablemente el riesgo de intentos de suicidio en cualquier persona, sin discriminación de edad, dado que el individuo deprimido, se vuelve incapaz de atender sus necesidades básicas de autocuidado, perdiendo sucesivamente todo tipo de contacto con la felicidad, salud, metas y todo aquello que lleva al ser humano a vivir, cambiándolo por un entorno de deterioro.

Es necesario aclarar que esto no solo sucede de manera interna, no se puede dejar de lado ni olvidar dentro de la etiología propia del suicidio, el impacto del entorno en cual se desenvuelve, originando y/o reforzando dicha situación patológica, deteriorando la experiencia humana de las emociones, y ampliando la gravedad, ideación e intentos suicidas, pues la dificultad no se encuentra solo en los factores de riesgo, sino especialmente en la ausencia

de protección y acompañamiento en estos casos, volviéndose cada vez más violenta y amenazadora para la salud mental.

### **Depresión desde la mirada gestáltica**

Ahora bien, habiéndose destacado principalmente la experiencia depresiva como riesgo comórbido para la experiencia suicida, se hace necesario colocar la mirada gestáltica en esta afección que puede arrastrar a muchas personas al término violento y autoinfligido de su propia vida. A tal fin, para Díaz (2021) la depresión es “una de las experiencias más ligadas a las conductas suicidas, porque comienza a haber una pesadez profunda que nos va alejando de manera disociativa de la vida” (p.63), y es que este estado de ánimo bajo y disminución de la energía, incapacita a la persona para poder sentir el disfrute de sus actividades, lo cual le lleva a menguarlas y aislarse progresivamente, dada la gravedad de la situación.

De acuerdo con lo expuesto, Francesetti (2013) agrega cómo se “puede contemplar la idea de suicidio y podría llegar a estar delirante, con delirios que, generalmente, implican culpa, ruina o hipocondría” (p.568), es así como la depresión funciona originando la experiencia suicida, y es aquí donde la función personalidad sufre alteraciones incluso hasta en la pérdida de la identidad como lo expone este último autor citado. Todo esto lleva a quien padece la depresión, a hacer presente los fracasos del pasado, venciendo todas las funciones del *self*, eliminando las decisiones ante el sufrimiento.

En este sentido, gracias a las aclaraciones del presente autor, se puede observar cómo lo que se pierde en sí mismo durante la experiencia depresiva es la conexión, es decir, la forma en cómo conecta con el entorno, “lo que se pierde es el ancla al sujeto a la tela que lo conecta con el mundo” (p. 569),

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

originando una ausencia en la frontera de contacto que existe en la co-creación de un organismo y un entorno. Esto sucede porque la dinámica figura/fondo se vuelve lenta, dada la ausencia de intereses, impulsos, estímulos, no hay movilidad ni significado, no hay contacto, nada con lo que pueda relacionarse.

Todas estas observaciones se relacionan también, al tiempo y espacio, los cuales quedan también alterados dentro del movimiento del campo relacional, Francesetti (2013) al respecto afirma: “cuando este movimiento falla, lo que experimentamos es el abismo que nos separa” (p.572), el co-movimiento desaparece, así como la dirección hacia lo que es necesario, dado que la experiencia depresiva es una expresión de la pérdida de la esperanza de poder llegar al otro, una rendición en sí misma, esa gran desensibilización cargada de sensación de vacío que nada puede llenar.

Así, también es necesario agregar los daños que genera la experiencia depresiva en el individuo, entre ellos, principalmente las ideaciones suicidas, las cuales Díaz (2021) destaca: “aparecen debido a la pérdida de la identidad, la soledad imprevista, la imposibilidad de contacto y el deterioro de los vínculos afectivos” (p.63), dado que el otro o los otros son necesarios en la vida de una persona, que no pueda llegar a ellos, o se lesione el apego profundo existente, conlleva una fuerte carga de fracaso y ausencia, originando las autolesiones, lo cual, es incapaz de reconocer dada la situación en la que se encuentra, más aún, el autor plantea en la experiencia depresiva:

tendencias agresivas hacia el entorno, pero generalmente se encuentran en espacios donde no hay posibilidades de manifestarse y expresar su sentir. Esta imposibilidad provoca que la agresión se redirija a sí mismos, creando una tendencia autodestructiva que puede dar origen a las tendencias suicidas (p.64).

por lo cual, la única esperanza es establecer una relación tan profunda, que



le permita apoyarse incluso en momentos de crisis, esta relación vista desde la confluencia, le permite sentir que forma parte de, aferrarse a la vida, soportar su estado y atravesar las fases del proceso de suicidio en reversa, con el fin de manejar sus síntomas y volver a su encuentro con el otro de modo sano, con una función yo y de personalidad capaz de elegir su propia vida y resguardarla.

### **Fases del proceso de suicidio**

En el apartado anterior, se finalizó haciendo referencia a la existencia de fases en la experiencia suicida, aquí se expondrá brevemente las distintas fases por las que se transitan, tomando en cuenta la similitud existente entre adolescentes y adultos. Díaz (2021) señala: “en caso de los adolescentes, debido a la falta de regulación emocional ante situaciones de crisis, las fases pueden transcurrir de manera vertiginosa en comparación con un adulto” (p.20), aun cuando el estudio de caso es de un adulto femenino, este autor es quien desglosa las fases del suicidio, a pesar de que lo hace para adolescentes. Es por ello que se hace la aclaratoria, para que el lector lo tenga presente, dado que dichas fases son el mapa por el cual se puede tener una orientación de la gravedad de la experiencia suicida en el paciente.

Fase I – Impotencia: aquí se encuentra la persona en un estado de desesperanza inicial, apenas está comenzando a aislarse, el autor asegura que, aun cuando busca cumplir con las demandas del entorno, dichas exigencias le llevan a experimentar “estados de frustración e impotencia ante situaciones que le producen crisis emocionales” (p.21), dada la falta de apoyo y comprensión del entorno, desapareciendo la confianza.

Fase II – Resignación: en esta etapa, los días se vuelven más melancólicos y la resignación ayuda a menguar los intentos de salir de las crisis, “se rinde a la posibilidad de poder cambiar las cosas, aparece la idea de la muerte como

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

una forma de mejorar su malestar emocional” (p. 20). Aunque esto aparece de forma temporal, algo importante a destacar, es que pasar de la fase I a la II puede ser muy apresurado y nadie lo puede notar, ni siquiera la misma persona que vive la experiencia, pues comenzará a pensar que todo estaría mejor sin la existencia de su propia vida, o por lo menos que el sufrimiento tendría un fin.

Fase III – Focalización suicida: esta tercera fase, pareciera apenas la mitad del camino, por el contrario, es el punto de quiebre en el que la derrota se siente de forma imperiosa, dado que “el ánimo se encuentra mermado y la ideación suicida se instaura como una Gestalt fija que deja todos los aspectos de la vida en el fondo” (p.20), el aislamiento es fuerte y hace incapaz de afrontar cualquier realidad, más aun, todo se vuelve insoportable, intenso, y los vínculos de contacto ya están desapareciendo, esto hace más fácil el considerar el suicidio como la mejor opción ante un entorno ausente, que no le sostiene y no le demuestra importancia.

Fase IV – Pérdida de la voluntad de vivir: aquí ya no existen recursos para sostener la voluntad de vivir, el aislamiento es total, acompañado de la desesperanza y la idea de morir fijada. El entorno en esta etapa no puede llegar, ya no existe disfrute ni placer por nada, el sufrimiento solo logra que se vaya “perdiendo la voluntad de vivir, dando paso a la planeación suicida, pues se percibe al suicidio como la única solución al sufrimiento emocional” (p.21) y es aquí donde se materializa la planeación del suicidio, encubierta por un aparente y disfrazado estado de ánimo que busca disimular la preparación para llevar a cabo el acto suicida.

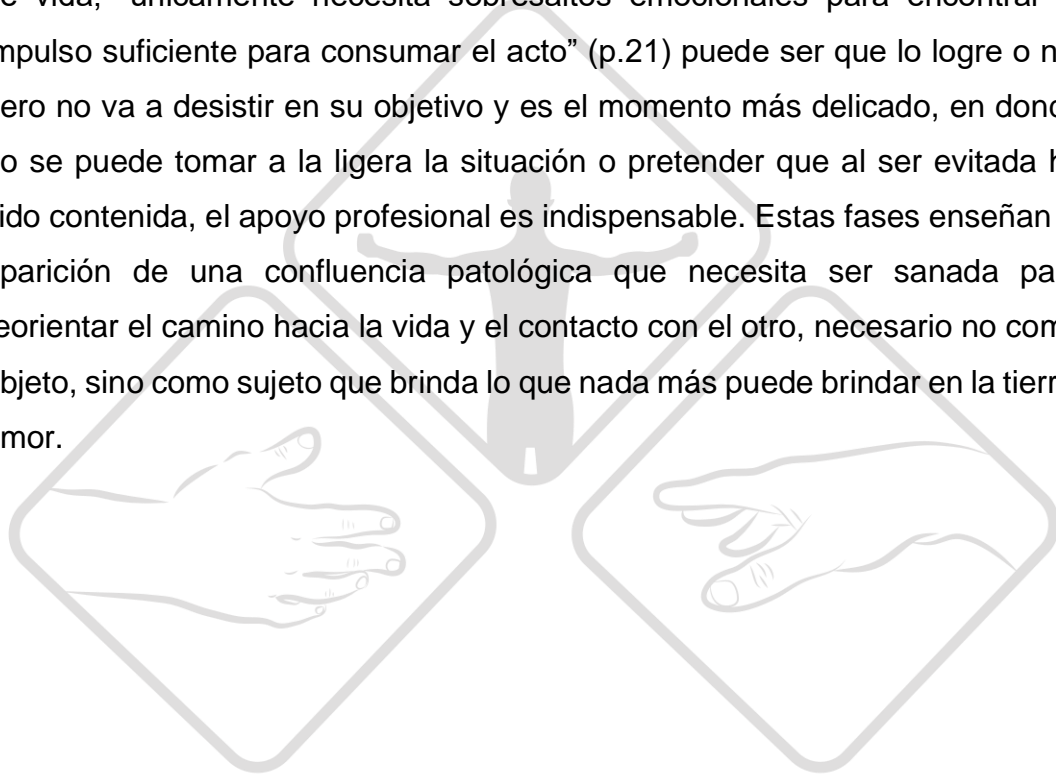
Mientras esto sucede, quien vive la experiencia, “permanece en confluencia con todas las vivencias pasadas que confirman la idea suicida” (p.21), de tal manera de no poder apoyarse en nada que lo intente disuadir del objetivo focalizado. Es un quedar atrapado en el pasado, para evitar la duda de lo



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

nuevo, y la necesidad de lo diferente. Así, en la llamada en la frontera-contacto no solo va desapareciendo, sino resquebrajándose para poder llegar a la eliminación de la propia vida, la cual, ya se ha venido eliminando desde el comienzo de la propia ideación suicida.

Fase V – La destrucción de la frontera: en este último estadio, solo queda esperar el momento y la motivación para cerrar irreversiblemente el proceso de vida, “únicamente necesita sobresaltos emocionales para encontrar el impulso suficiente para consumir el acto” (p.21) puede ser que lo logre o no, pero no va a desistir en su objetivo y es el momento más delicado, en donde no se puede tomar a la ligera la situación o pretender que al ser evitada ha sido contenida, el apoyo profesional es indispensable. Estas fases enseñan la aparición de una confluencia patológica que necesita ser sanada para reorientar el camino hacia la vida y el contacto con el otro, necesario no como objeto, sino como sujeto que brinda lo que nada más puede brindar en la tierra: amor.



## CAPÍTULO III

### MÉTODO

#### Método de la Investigación

El uso de la metodología de la investigación es lo que separa a la humanidad del conocimiento vulgar, brindándole al entorno, según Tamayo y Tamayo (2003) “un significado con sentido a la realidad” (p.14), además de brindarle sistematización y seriedad al conocimiento, le proporciona un análisis crítico, reflexivo y objetivo que representa la formalidad de la ciencia. Por este motivo, en este capítulo se presenta cuáles serán los métodos para la elaboración de la tesina con definiciones específicas para cada uno, a saber: el tipo de investigación, muestra, informante clave único, consideraciones éticas, técnicas e instrumentos de recolección de datos, y procedimiento para la interpretación de los hallazgos.

Ahora bien, la investigación se va a enmarcar bajo el enfoque de investigación cualitativa, dentro de un paradigma interpretativo. Vale decir que, cualitativo tiene su origen en el latín *qualitas*, el cual, según Niglas (2010, como se citó en Hernández, Fernández y Baptista, 2014) “hace referencia a la naturaleza, carácter y propiedades de los fenómenos” (p.4), en este método, la variable no tiene que ser macrosocial, sino de instancias individuales que merecen también ser estudiadas. Por otra parte, El enfoque cualitativo tiene su origen en otro precursor de las ciencias sociales: Max Weber (1864-1920), quien introdujo el término *verstehen* (en alemán, “entender”).

Por lo que se refiere anteriormente, Hernández et al., (2014) “reconociendo que además de la descripción y medición de variables sociales, deben

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

considerarse los significados subjetivos y la comprensión del contexto en el que ocurre el fenómeno” (p.4) Así pues, se tiene un proceso inductivo, recurrente, que analiza múltiples realidades subjetivas y especialmente no tiene una secuencia lineal, lo cual le brinda profundidad de significados, riqueza interpretativa, contexto al fenómeno en estudio y amplitud. Este método además de ser naturalista, para Mannen, (1990), tiene cuatro “existenciales” básicos para el análisis: el espacio vivido (espacialidad), el cuerpo vivido (corporeidad), el tiempo vivido (temporalidad) y las relaciones humanas vividas (relacionabilidad o comunalidad).

Ahora bien, respecto al método fenomenológico, es necesario dejar claro que su propósito principal, según Hernández et al, (2014) es “explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias” (p.493), es decir, no se basa en sucesión de eventos sino en la esencia misma de la experiencia compartida que puede ser muy variada, pero también, identificando aquello que se denota frecuente en el individuo, se pueden abarcar tanto excepciones como rutinas. Esto nos lleva a desplegar sus dimensiones:

Desde el punto de vista teleológico, la fenomenología estudiada por Husserl, en sus obras traducidas por Nijhoff y Haag en 1973, “se desplaza desde los actos singulares... a la síntesis establecida entre ellos. La teleología es pensada aquí como aquello que confiere unidad a los diferentes actos de conocimiento y los reúne en un sistema coherente” (Conde, 2013, p.235), lo que quiere decir que este método permite relacionar las experiencias particulares para dar sentido a las actuaciones de quién las realiza, tomando en cuenta el conocimiento que se tiene sobre dichas situaciones.

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

Ontológicamente, la fenomenología desde la perspectiva de Heidegger, y sintetizada por Paredes (2004) afirma que “la ontología científica no es otra cosa que fenomenología” (p.114), dado que estudia la naturaleza, interioridad y forma en cómo se presenta dicho fenómeno, llegando a la conclusión de qué lo hace ser en sí mismo y no en otro. Epistemológicamente, la fenomenología “analiza a las ciencias identificando el uso de la lógica pura en la construcción de su formación discursiva y enunciativa” (Prada, 2016, p.1), lo cual permite una mirada más allá de la teoría, permitiendo interpretaciones desde las arquitecturas propias de los enunciados teóricos, pero también estructurándolo desde el propio pensamiento del investigador a partir de los hallazgos encontrados.

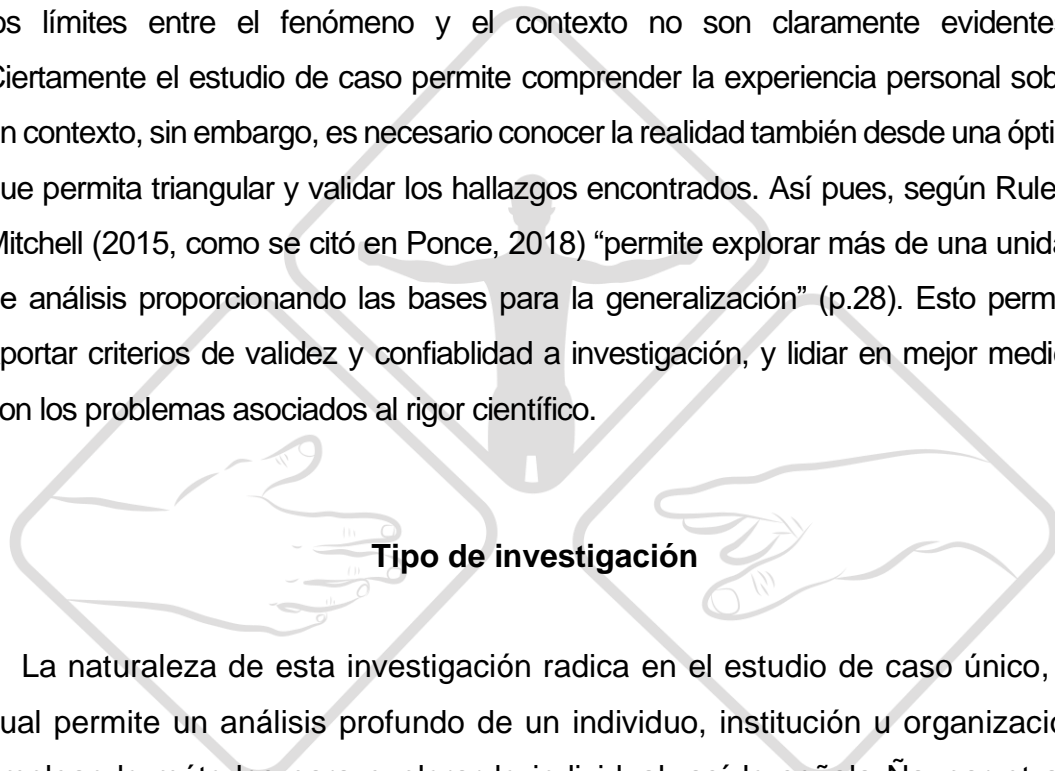
Desde el ámbito axiológico, para Brentano (s/f., como se citó en Quesada, 2021) “los fenómenos que se presentan al sujeto no son cosas simplemente, sino que tienen propiedades axiológicas de acuerdo con la referencia intencional del sujeto” (p.28). En otras palabras, lo que se presenta como fenómeno tiene un valor intrínseco que es otorgado por el sujeto, y esto da valor a la fenomenología, que más que una teoría, es un método que busca estudiar la naturaleza de lo valorado y su influencia significativa en lo existencial.

Otro rasgo en este apartado, está la metodología fenomenológica. Aquí, el propósito principal de este método es: “explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.493). Lo cual se ajusta a la investigación porque permite trabajar directamente con las declaraciones y experiencias del informante o individuo investigado, no simplemente para abstraerlas, sino también para interpretarlas

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

desde el fundamento teórico existente, encontrando incluso significados similares de un mismo fenómeno, y por qué no, también disparidades.

En vista de lo anterior, el método de la investigación cualitativa se realizará mediante un estudio de caso. Al respecto, Robert Yin (2003, como se citó en Ponce, 2018, p.28) lo define como una indagación empírica: “*especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident*” (especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes). Ciertamente el estudio de caso permite comprender la experiencia personal sobre un contexto, sin embargo, es necesario conocer la realidad también desde una óptica que permita triangular y validar los hallazgos encontrados. Así pues, según Rule & Mitchell (2015, como se citó en Ponce, 2018) “permite explorar más de una unidad de análisis proporcionando las bases para la generalización” (p.28). Esto permite aportar criterios de validez y confiabilidad a investigación, y lidiar en mejor medida con los problemas asociados al rigor científico.



**Tipo de investigación**

La naturaleza de esta investigación radica en el estudio de caso único, el cual permite un análisis profundo de un individuo, institución u organización empleando métodos para explorar lo individual, así lo señala Ñaupar et al., (2018) “es una modalidad de búsqueda empírica que se adecúa para estudiar problemas prácticos o situaciones específicas” (p.383), la misma permite una perspectiva particular desde una experiencia directa con el informante, propiciando profundidad y valoración a los hallazgos encontrados. Para efectos de este estudio, resulta apropiado, puesto que se trata de una vivencia

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

particular en el fenómeno de su confluencia como modalidad de contacto y cómo esta le ha llevado a la experiencia suicida.

De este modo, la investigación, explica de manera sistemática, lo que sucede dentro de las características de la muestra en estudio; esto se ajusta, al tipo descriptivo, el cual consiste, según Arias (2012) “en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento” (p. 24), permitiendo describir la profundidad de, no solo de los hechos, sino también de la experiencia vital y la historia de vida de una persona, interpretando la forma en que se conducen los hechos en el presente.



**Muestra**

Para Hernández, Fernández y Baptista (2014), la muestra es, en esencia, “un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población” (p.175), en este sentido, es una selección de entre un grupo numeroso llamado población; sin embargo, además de ello, la muestra presenta varios tipos que ayudan a definir los parámetros propios de lo que se va a investigar. Así pues, en el ámbito cualitativo, la muestra adecuada es la que se enmarca en la no probabilística o dirigida a “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación”, y dentro de este marco, el muestreo por conveniencia es el más adecuado, dado que “están formadas por los casos disponibles a los cuales tenemos acceso” (p.390), con el fin de elegir con base a los juicios y necesidades del investigador el sujeto de la investigación bajo el seudónimo L.M.

### Informante clave único

#### Informante L.M.

Paciente femenina de 49 años de edad, con discapacidad temporal en el pie izquierdo, vestida acorde a su edad, arreglo personal moderado, cabello liso de color negro y corto, de estatura promedio 1,65cm, se observa sobrepeso en grado mesomorfo, expresiones faciales rígidas, mantiene contacto visual, postura un tanto rígida, de actitud amigable, cooperativa, se muestra afectivamente aplanada, puede traer con facilidad recuerdos del pasado hacia el presente, sin ningún tipo de afasia aparente, ni deterioro cognitivo, está casada, con 3 hijos adoptivos en edades comprendidas entre los 16 y 18 años, vive con ellos y su padre quién está de avanzada edad, en cama y con demencia senil. La paciente está orientada en tiempo, espacio y persona, con capacidad de atención y concentración, memoria adecuada a su edad, juicio y razonamiento moderado. Se descarta por observación cualquier tipo de demencia o delirios por los momentos, su estado de ánimo es deprimido.

A su vez, la paciente L.M. cumple con los criterios diagnóstico de Afecciones que necesitan más estudio, puntualizados en el DSM-5, a saber:

\*Trastorno de comportamiento suicida:

Criterios propuestos

A. El individuo ha realizado un intento de suicidio en los últimos 24 meses.

Nota: Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte. El "momento de inicio" es el momento en el que tuvo lugar un comportamiento en el que se aplicó el método de suicidio.



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

B. El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal que se realiza para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo.

C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preparatorios.

D. El acto no se inició durante un delirium o un estado de confusión.

E. El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso.

Con especificación:

Actual: No han transcurrido más de 12 meses desde el último intento.

A la luz de la teoría de la Terapia Gestalt, el diagnóstico intrínseco respecto a Díaz, F. (2019) lo coloca como “Intentos suicidas de alta letalidad fallidos, con intención y planeación suicida” (p.), dado que el autor ve el suicidio como un acto de quitarse de forma deliberada la vida, supeditado a pensamientos que configuran este proceso. Así mismo, afirma que “las tendencias suicidas podrían considerarse una continuidad de los procesos relacionados con experiencias depresivas profundas o crónicas” (Díaz, F., 2019, p.), de las cuales, se sabe que tienen múltiples matices, y cada uno puede presentarse de formas variadas, pues esto más que una estadística, es una experiencia en la vida del paciente producto de sombras traumáticas que afectan la función personalidad del self y obviamente, su capacidad de afrontar situaciones estresantes en su vida cotidiana.

### Historia clínica

#### Datos personales:

Nombre y apellido: L.M.

Fecha de nacimiento: 25 de febrero de 1973

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

Edad: 49 años, 11 meses y 15 días

Sexo: femenino

Grado de instrucción: Universitario

Periodo de evaluación: febrero - mayo 2023

**Motivo de consulta:** “Pues últimamente no me he sentido bien anímicamente. O sea, yo era más bien de las personas más optimistas, de ver las cosas con mucho gusto. De ver las cosas malas, yo más bien buscaba la parte buena de cada cosa, pero últimamente ya no es así. O sea, ya no tengo esa alegría, me entristezco con mucha facilidad, o sea, sí, sí, he tratado de salir adelante estos últimos días, pero últimamente me suelto a llorar por cualquier tontería, pero creo que es ya, o sea, más en una parte de que sí tengo una depresión bastante severa”.

**Antecedentes personales:** la informante refiere como antecedente personal significativo su experiencia de abuso y violación sexual vivida desde la infancia hasta los 14 años de edad, por miembros de su familia y un amigo de su padre. Relata antecedentes familiares sobre la condición acondroplásica de su padre, así como la experiencia suicida de su hermano.

**Técnicas o instrumentos de recolección de datos:** Observación participante, entrevista a profundidad, diario de campo.

**Examen mental:** Paciente femenina de 49 años de edad, con discapacidad temporal en el pie izquierdo, vestida acorde a su edad, arreglo personal

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

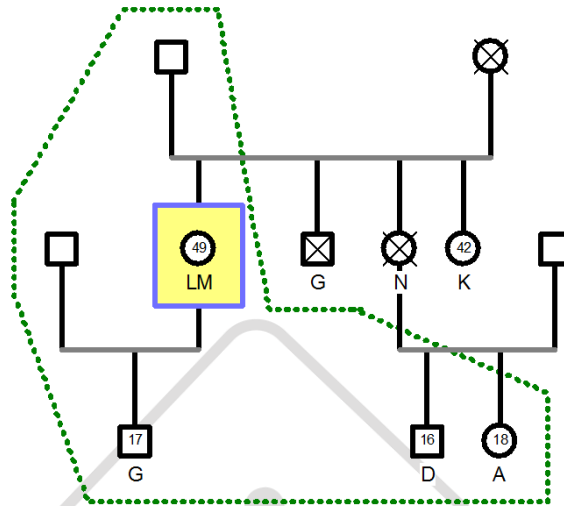
moderado, estatura promedio 1,65cm, se observa sobrepeso, expresiones faciales rígidas, mantiene contacto visual, postura un tanto rígida, de actitud amigable, cooperativa, se muestra afectivamente aplanada, puede traer con facilidad recuerdos del pasado hacia el presente, sin ningún tipo de afasia aparente, ni deterioro cognitivo. La paciente está orientada en tiempo, espacio y persona, con capacidad de atención y concentración, memoria adecuada a su edad, juicio y razonamiento moderado. Se descarta por observación cualquier tipo de demencia o delirios por los momentos, su estado de ánimo es deprimido.

**Datos familiares:** es la mayor de cuatro hermanos, uno se suicidó y la otra falleció por enfermedad, padre presente-ausente con problemas de alcoholismo y condición acondroplásica, su madre rechazó la crianza de los hijos siguientes a la paciente, por tal motivo, le delegó a los 8 años de edad los deberes de cuidado y responsabilidad de sus hermanos. En la actualidad tiene la tutela legal de su sobrina de 16 años, y un hijo adoptado de 17 años, vive además con su pareja.

**Genograma**

Gráfico 1. Genograma

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA



Fuente: Gómez (2023)

### Evaluación por áreas:

Área Salud: No refiere antecedentes significativos de enfermedades, ni poseer patologías médicas.

Área de Descanso: el patrón del sueño para el momento actual está alterado, por la experiencia depresiva que padece dado sus problemas en su entorno familiar.

Área de Trabajo: para el momento no ejerce un empleo específico.

Área Social: refiere poca interacción social, su día a día transcurre en casa, en el mantenimiento de la misma, a pesar de su discapacidad temporal en su pie.

### **Consideraciones Éticas**

Las consideraciones éticas garantizan el buen ejercicio profesional del investigador, salvaguardando y custodiando de manera integral la dignidad del informante, de la investigación y de sí mismo. En este sentido, al inicio de la investigación se le comunicó a la paciente L.M, el objetivo del estudio, los aspectos éticos y se le solicitó explícitamente su consentimiento informado en forma de autorización escrita y firmada para poder usar las opiniones, comentarios, y Verbatim manifestados por ella durante las sesiones de terapia, además de la publicación de dicho caso de estudio con fines de investigación. Se guardó absoluta confidencialidad de sus datos personales, imagen, protegiendo el anonimato.

### **Escenarios de la investigación**

A lo largo de la investigación existieron 4 escenarios o espacios físicos en los que se desarrollaron las sesiones de terapia para el caso de estudio. Vale decir para Hernández, Fernández y Baptista (2014), un escenario de investigación es el entorno constituido “por todos los lugares donde se tiene contacto con el cliente” (p.366), es el espacio físico en el que se encuentra el investigador con el informante clave.

Dichos escenarios fueron cuatro (4), los cuales se describen a continuación:

Escenario 1: Consultorio de la Psic. Ányela Márquez – antigua sede de Psiconectando, carrera 20, entre calles 10 y pasaje acueducto, en Barrio Obrero, San Cristóbal, Estado Táchira Venezuela. Dicho espacio físico es de aproximadamente 3x3mts<sup>2</sup>, colores blancos y delicados, alejado un 80% del

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

ruido externo, con buena iluminación, ventilación por aire acondicionado, muebles cómodos, un espacio adecuado para las sesiones de investigación terapéutica, así como buena disposición por parte del paciente L.M para aprovechar el apoyo psicoterapéutico.

Escenario 2: Consultorio del Psic. Dylan García – antigua sede de Psiconectando, carrera 20, entre calles 10 y pasaje acueducto, en Barrio Obrero, San Cristóbal, Estado Táchira Venezuela. Dicho espacio físico es de aproximadamente 5x5mts<sup>2</sup>, colores blancos y delicados, alejado un 90% del ruido externo, con iluminación tenue, ventilación por aire acondicionado, muebles cómodos, un espacio adecuado para las sesiones de investigación terapéutica, así como buena disposición por parte del paciente L.M para aprovechar el apoyo psicoterapéutico.

Escenario 3: Consultorio de la Psic. Ányela Márquez – nueva sede de Psiconectando, carrera 03, entre calles 02 y avenida Fortunato Gómez, en el Sector Las Acacias, San Cristóbal, Estado Táchira Venezuela. Dicho espacio físico es de aproximadamente 3x3mts<sup>2</sup>, similar al anterior, con mayor iluminación, colores blancos y delicados, alejado un 99% del ruido externo, con ventilación por aire acondicionado, muebles cómodos, un espacio adecuado para las sesiones de investigación terapéutica, así como buena disposición por parte del paciente L.M para aprovechar el apoyo psicoterapéutico.

Escenario 4: Consultorio del Psic. Dylan García – nueva sede de Psiconectando, carrera 03, entre calles 02 y avenida Fortunato Gómez, en el Sector Las Acacias, San Cristóbal, Estado Táchira Venezuela. Dicho espacio físico es de aproximadamente 3x3mts<sup>2</sup>, más pequeño que el anterior, con iluminación más tenue, colores blancos y delicados, alejado un 95% del ruido externo, con ventilación por aire acondicionado, muebles cómodos, un espacio

adecuado para las sesiones de investigación terapéutica, así como buena disposición por parte del paciente L.M para aprovechar el apoyo psicoterapéutico.

### **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Recopilar información requiere de una metodología sistemática y precisa, que permita obtener los fundamentos necesarios para dar respuesta a la investigación. Es por ello que se necesita, tanto de la técnica, como del instrumento, pues son dos elementos concomitantes y necesarios a la hora de recolectar datos. “Se entenderá por técnica de investigación, el procedimiento o forma particular de obtener datos o información” (Arias, 2012, p.67), en otras palabras, son la parte ejecutiva del diseño de investigación escogido.

Dentro de esta técnica de investigación, la más adecuada para dicho estudio es la observación participante, catalogada por Arias (2012), como aquella en la que “el investigador pasa a formar parte de la comunidad o medio donde se desarrolla el estudio” (p.69), el mismo autor aclara que esta técnica puede ser libre o estructurada; sin embargo, la opción el uso de las dos, permiten según Bracamonte (2015) jugar “un papel significativo, ya que, a través de este procedimiento se verifica y responde las interrogantes que concierne a la investigación, como forma particular en el proceso de estudio” (p.135) ayudando a asumir el compromiso de percibir de forma integral la realidad en el contexto, tomando en cuenta el formato para supervisiones suministrado por los facilitadores, por eso su uso es el más adecuada dentro de la investigación cualitativa.



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

También, otras técnicas necesarias para complementar la observación participante, según Hernández et al., (2014), suelen ser “entrevistas en profundidad y revisión de documentos y artefactos personales e históricos” (p.416), entre ellos la entrevista, grabación, observación participante, mediante la metodología de historia de vida. Para las investigaciones en las ciencias sociales estas técnicas permiten describir, analizar e interpretar los elementos vitales de las experiencias vividas de una persona, para comprenderla en su singularidad o como parte de un grupo, contada a un investigador y/o surgida del trabajo con documentos y otros registros.

La técnica de recolección de datos que hará posible esta observación participante, será la Entrevista individual, la misma, desde el punto de vista cualitativo es vista de una manera más flexible y abierta que la cuantitativa, pues se define “como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)” (Hernández et al, p.403), su empleo ciertamente requiere de varias sesiones con la misma persona, las cuales serán unas 12, a menos que el investigador requiera unas más, su inicio será del 09 de febrero al 18 de mayo de 2023, con una frecuencia aproximada de una (1) sesión por semana, pudiendo llegar a ser cuando lo requiera, de una (1) cada 15 días. Por lo general, su empleo implica la realización de varias sesiones con la misma persona, el tiempo por sesión es de 60 minutos, y el almacenamiento de datos será mediante la grabación y transcripción de la misma.

Ahora bien, todo procedimiento requiere de un medio físico en el cual se pueda recoger dicha información. Así, los instrumentos de recolección de datos, son “cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital), que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información” (Arias, 2012, p.68), es decir, todos aquellos medios materiales que permiten guardar, procesar,

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

analizar e interpretar la información obtenida como soporte para la investigación.

Por tanto, para efectuar la fase descriptiva de la investigación, fue necesario abordar a los individuos participantes, a través de un modo que permita recoger la información en poco tiempo. Para tal fin, se seleccionó las notas de campo, la cual permite “llevar registros y elaborar anotaciones durante los eventos o sucesos vinculados con el planteamiento” (Hernández, et al, 2014, p.370), así mismo, de no poder hacerlo en el momento, “la segunda alternativa e efectuarlo lo más pronto posible después de los hechos” (Idem), lo cual lo hace ideal para este tipo de investigación, con el fin de poder realizar anotaciones no solo directas, sino también interpretativas y temáticas.

Es menester destacar que, para garantizar el buen desarrollo de las notas de campo, se considera la grabación en audio para salvaguardar la revisión de notas, así lo refieren los autores “grabar cada sesión es fundamental (Idem, p.411), permitiendo registrar mejor la información y hacer de la investigación cualitativa, así como de la observación participante un “conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo “visible”, lo transforman y convierten en una serie de representaciones” (Idem, p.9), de pertinencia correcta para tratar adecuadamente los hallazgos encontrados. Así mismo, es necesario destacar la libertad del sujeto objeto de estudio para elegir los fenómenos/figuras que serán observados y analizados en las diferentes sesiones, puesto que es inverosímil pretender observar todas las situaciones de vida del paciente, aun dentro de un escenario determinado.

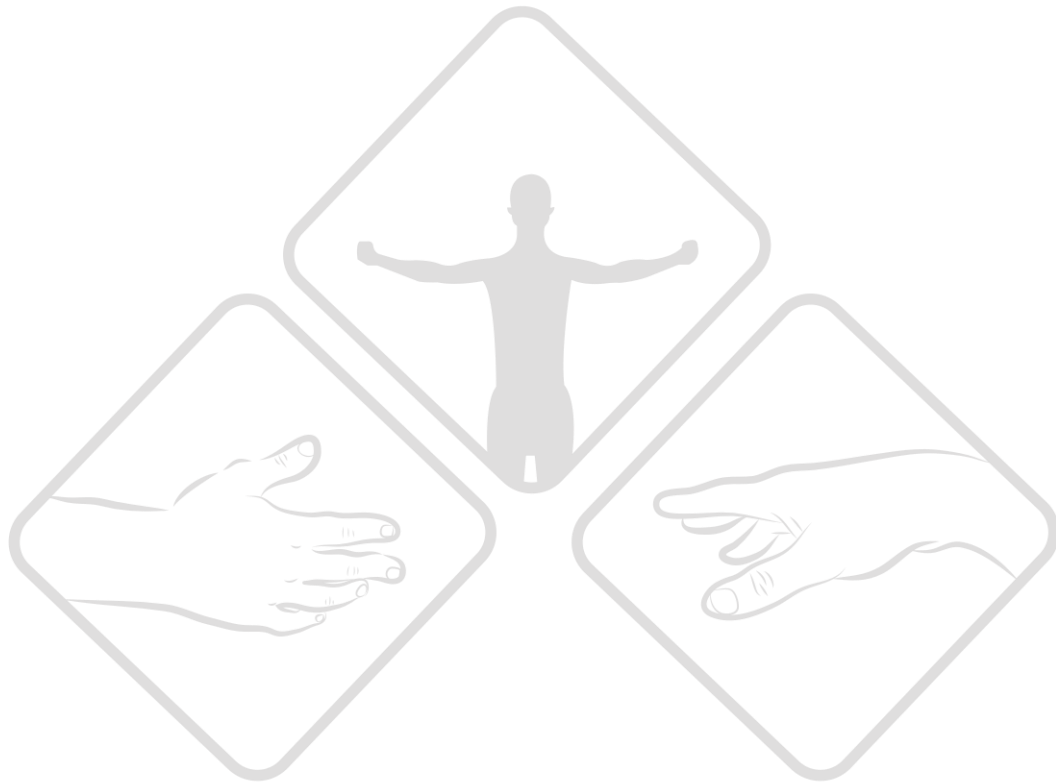
### **Procedimiento para la interpretación de los Hallazgos**

Una vez determinada la técnica e instrumentos de recolección de datos, viene el despliegue del procedimiento o pasos a seguir para la interpretación de los hallazgos, algunos autores afirman que: “En el análisis de los datos, la acción esencial consiste en que recibimos datos no estructurados, a los cuales nosotros les proporcionamos una estructura... en esencia consisten en observaciones del investigador y narraciones de los participantes” (Hernández, et al, 2014, p.418). Tomando en cuenta esta orientación, se procedió a archivar y reducir los datos de las entrevistas y notas de campo con el fin de procesar la información para organizar los datos disponibles, a tal fin, esta organización pasa por varias fases:

1. una primera meramente descriptiva, donde se recopiló toda la información obtenida, mediante la grabación de cada entrevista y diario de campo de forma textual.

2. Posteriormente, en un segundo momento, se fracciona ese conjunto inicial de datos, a partir de unas categorías descriptivas que han brotado de los mismos y que permiten una reagrupación y lectura diferente de esos mismos datos. Vale decir que, definir una categoría “Las categorías son “temas” de información básica identificados en los datos para entender el proceso o fenómeno al que hacen referencia” (Hernández et al, 2014, p.475) significa denominar el proceso en el cual las ideas y los objetos son reconocidos, diferenciados y entendidos. Mediante estas categorías, se pretende una ubicación jerárquica de elementos que expresen el tipo de relación que podemos establecer entre nuestras ideas y nuestras representaciones como elementos importantes que aparecen y tienen relación con la investigación.

3. En un tercer momento, a partir de la interrelación de las categorías descriptivas identificadas y la construcción de categorías de segundo orden, se estructura la presentación sintética y conceptualizada de los datos para ser analizados mediante la triangulación, que es la “utilización de diferentes fuentes y métodos de recolección” (Idem, p. 418), en palabras sencillas, es la integración de los hallazgos encontrados.



## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS

El presente capítulo, tiene como finalidad mostrar no solo la información recabada por medio del informante clave a través de los instrumentos utilizados, sino también los criterios valorativos necesarios para realizar un buen análisis, en el cual se pueda describir y comprender dicho estudio. Al respecto, Ñaupas, Valdivia, Palacios y Romero (2018) señala que un buen estudio “significa analizar la calidad de los resultados, con mucho sentido crítico, autocrítico y un conocimiento amplio sobre otras tesis u otros trabajos de investigación presentados” (p. 487), generando mayor empatía y veracidad para el lector, y permitiendo agrupar los datos más relevantes dentro de la investigación, por medio de la categorización y subcategorización.

Así, será posible mediante el uso de matrices, tanto sistematizar, como triangular y contrastar determinado fragmento del discurso del informante clave con la revisión documental. De esta manera, Ñaupas et al., (2018) señala que “el principio de triangulación impide que se acepte fácilmente la validez de datos e impresiones iniciales” (p.162), propiciando a través de una serie de procedimientos, no solo la validez de una hipótesis o conclusión, sino también la ampliación de la visión de lo investigado, así como la corrección inclusive de cualquier tipo de sesgo que pudiera distorsionarla. A continuación, se presenta el análisis de los hallazgos.

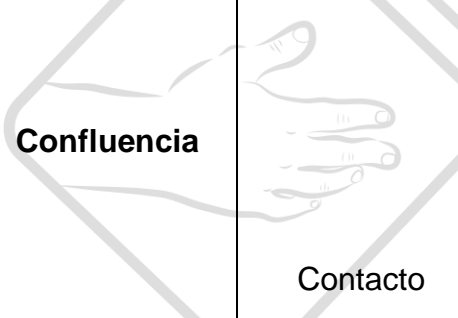
Para el análisis e interpretación de los datos cualitativos se escogieron diferentes categorías atendiendo los dos temas principales planteados en la investigación: Confluencia y Experiencia suicida. En cada categoría se discriminaron una serie de subcategorías respondiendo a indicadores

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

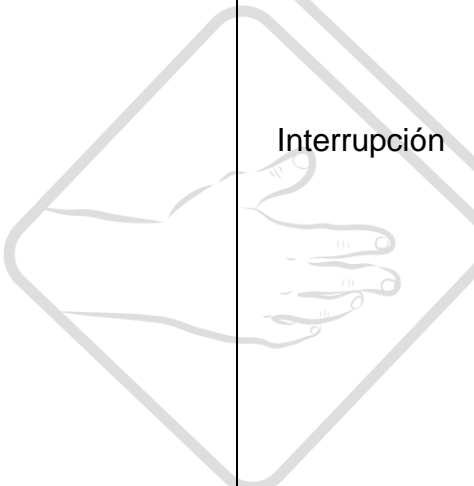
aportados por la informante clave y vinculados directamente con los temas principales seleccionados de antemano por la teoría, tal como se detallan en el Cuadro N°1, lo cual permitió hacer manejable el cúmulo de información recogida durante la investigación y presentar los resultados en función de los objetivos propuestos.

**Matriz del Informante clave**

**Cuadro N° 1.  
Matriz de datos**

Categorías	Sub - categorías	Verbatim	Síntesis
<p style="text-align: center;"><b>Confluencia</b></p> 	<p style="text-align: center;">Contacto</p>	<p>“Siempre ayudar a alguien más, el luchar por alguien más, siempre había algo que me hacía, que tenía que seguir por esa persona”.</p> <p>“Estoy acostumbrada a luchar por y no con”.</p>	<p>En la confluencia, el contacto se presenta de manera sensible hacia el otro, permitiéndole percibir las necesidades de los demás y, a su vez, generar todo tipo de motivaciones, soluciones y/o recursos necesarios para evitar ser derrotada en su intención, no solo de palpar las necesidades del otro, sino a su vez, satisfacerlas o cubrirlas sin apoyo.</p>

PSICONECTANDO  
 CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
 DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
 PSICOTERAPIA GESTALT  
 TÁCHIRA, VENEZUELA

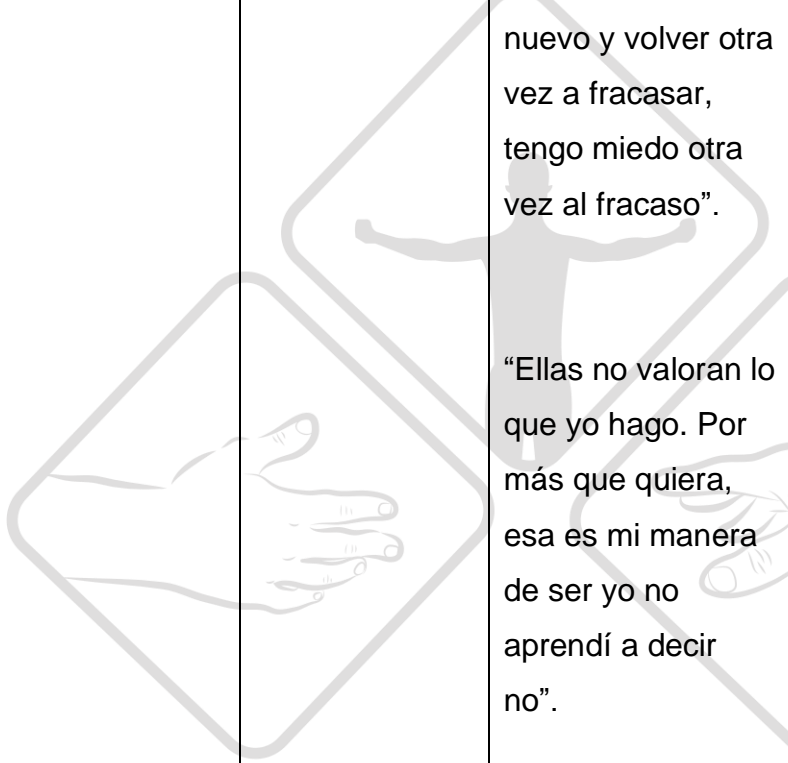
	 <p>Interrupción</p>	<p>“Me cuesta mucho, me doy cuenta que siempre por más que quiera lo veo como si fuese egoísmo, el pensar en mí, o sea, en determinados momentos, es como que me siento, que estoy siendo egoísta”.</p> <p>Si está en mis manos que lo tome y a que aprenda que sí se puede cambiar. Solo que “ahorita” no sé cómo hacerlo, todavía no.</p> <p>“soy muy perfeccionista en algunas cosas, o sea, trato que todo quede bien, nunca</p>	<p>En la confluencia con el entorno, es decir, el otro, cuando el paciente o individuo se olvida de sí mismo, transgrediendo su sano proceso relacional, ocurre un deterioro de la personalidad que le lleva a juzgarse, considerándose egoísta por pensar en sí misma, interrumpiendo además sus propios darse cuenta de la situación, con el fin de deflectar y esquivar aquello que le invite a cambiar, aun cuando nazca de su propio pensamiento y/o emoción. Esto conlleva a que en ocasiones, justifique sus acciones interruptoras de contacto consigo y con otros aspectos de su vida, como por ejemplo: el, señalarse que “es</p>
--	--	--	---



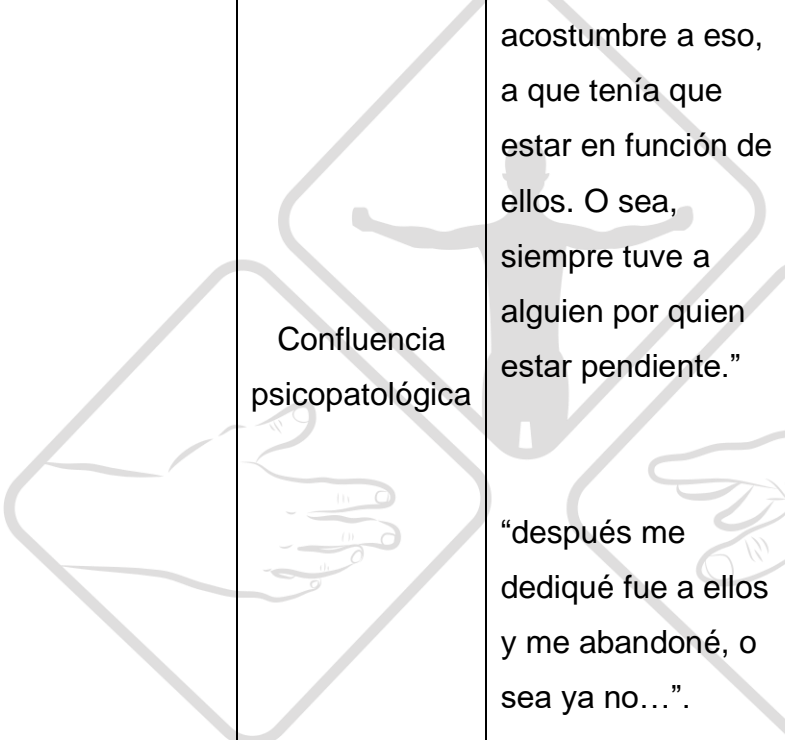
PSICONECTANDO  
 CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
 DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
 PSICOTERAPIA GESTALT  
 TÁCHIRA, VENEZUELA

		<p>estoy conforme, en mis cosas no estoy conforme y quizás sea parte de eso, por lo que estoy pasando”.</p> <p>“he estado más consciente de que ya hay responsabilidades que son de ellos, no son mías, pero entonces igualito siento como mucha, como mucho miedo, mucho...”.</p>	<p>perfeccionista”, afirmar que “siempre ha sido así”, “no saber cómo cambiar”, “por ahora no es el momento”, o “me da miedo qué pueda pasar”, todo como parte de un proceso en el que no se consigue la nutrición del entorno, del aquí y ahora, sino más bien se desarrolla una desviación de la atención, buscando estancar el flujo propio del contacto.</p>
	<p>Modalidades de contacto</p>	<p>“Y entonces ahora es los tres contra lo que yo pueda decir, lo que pueda hacer...”</p> <p>“yo siempre termino haciendo</p>	<p>Una de las modalidades de contacto con mayor dominio en la paciente, y que ayuda a sustentar la confluencia, es la introyección. A través de esta modalidad, se puede observar como la persona se aleja de la espontaneidad de</p>

PSICONECTANDO  
 CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
 DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
 PSICOTERAPIA GESTALT  
 TÁCHIRA, VENEZUELA

		<p>lo que ellos quieren”.</p> <p>“Creo que no me quiero atrever a comenzar de nuevo y volver otra vez a fracasar, tengo miedo otra vez al fracaso”.</p> <p>“Ellas no valoran lo que yo hago. Por más que quiera, esa es mi manera de ser yo no aprendí a decir no”.</p>	<p>pensar, sentir y/o actuar de manera diferente, bloqueándose ante lo nutritivo de la experiencia en el campo relacional, y trayendo al presente respuestas, a modo de copias exactas, de situaciones del pasado que fueron tragadas, pero no asimiladas y sin libertad de elegir. De este modo, negarse al cambio, a lo distinto, no es propiamente una elección de la situación, sino más bien parte de una confluencia de fondo, es decir, del desequilibrio aprendido por el organismo, para proteger el introyecto.</p>
--	---	---	---

PSICONECTANDO  
 CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
 DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
 PSICOTERAPIA GESTALT  
 TÁCHIRA, VENEZUELA

	 <p>Confluencia psicopatológica</p>	<p>“las decisiones que yo tomaba eran para bien de los demás, así no me hicieran bien a mí”.</p> <p>“Porque me acostumbre a eso, a que tenía que estar en función de ellos. O sea, siempre tuve a alguien por quien estar pendiente.”</p> <p>“después me dediqué fue a ellos y me abandoné, o sea ya no...”.</p> <p>“entre más más duro me, me traten más feo, la gente me trate yo el siguiente paso es que tengo que dar</p>	<p>En el apartado anterior, se hizo mención de la confluencia de fondo, la cual, aquí se hace presente, más que para proteger introyectos, evitar que la persona se pueda comprometer con la nueva experiencia para ser asimilada. Así pues, este mecanismo, evita que se den procesos nuevos, que se pueda avanzar, haciendo enfermizo (patológico), el ciclo de la experiencia, el cual, aunque lograrse completar, no llegará a una asimilación verdadera, dado que se rompe la frontera figura/fondo, creando una unidad que no le permite verse a sí misma, solo al entorno (los demás), desensibilizando</p>
--	--	--	--

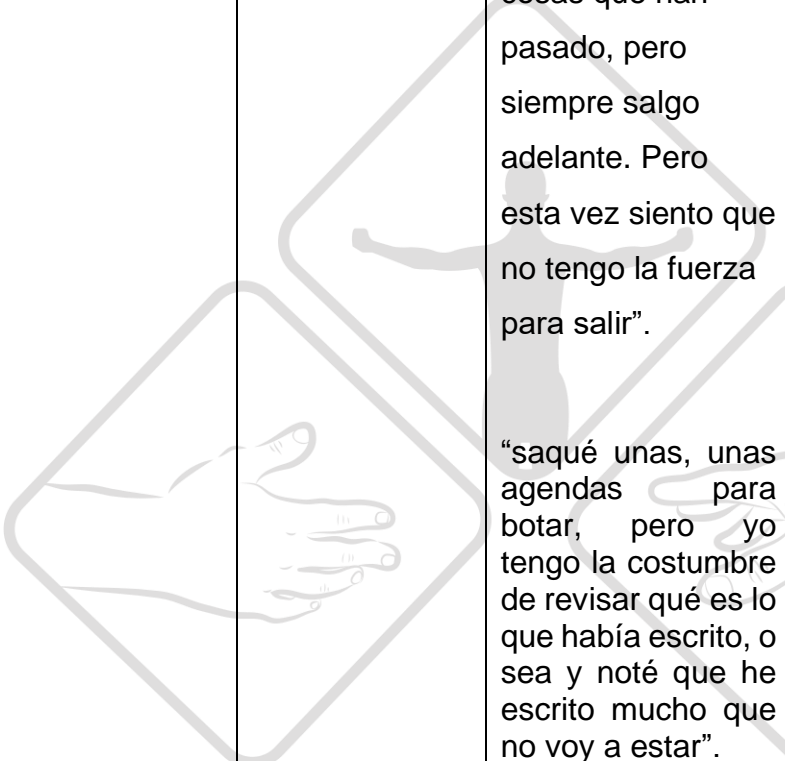
PSICONECTANDO  
 CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
 DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
 PSICOTERAPIA GESTALT  
 TÁCHIRA, VENEZUELA

		<p>con ellos, es a servirles mejor”.</p> <p>“Unos fueron agresores sexuales y otros fueron, de que me pegaban, me golpeaban y yo siempre fui, a hacer más (servirles), hacia ellos”.</p> <p>“Me violaron... en varias oportunidades y yo no tenía cómo defenderme, o sea, yo no tenía a quién decirle, yo traté de pedir auxilio, yo trataba de no, de no estar con ellos y siempre terminaba que tenía que</p>	<p>sus necesidades, y súper-sensibilizando su percepción por el otro, dejando de lado hasta el sufrimiento, por la imposibilidad de sentir y poder estar en el aquí y ahora de la experiencia. Esto trae como consecuencia un presente viejo, un pasado permanentemente presente, que aun cuando se sienta como malestar, seguirá persistiendo ante lo únicamente aprendido: servir a quienes le traten mal; hacer lo que sea por los demás, máxime si son agresores de algún tipo; asumiendo un compromiso con la ausencia de sí misma, y la presencia para otros, teniendo como consecuencia el abandonarse, no como elección, sino como parte</p>
--	--	---	--

PSICONECTANDO  
 CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
 DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
 PSICOTERAPIA GESTALT  
 TÁCHIRA, VENEZUELA

		ceder a lo que ellos decían”.	de la costumbre de confluir patológicamente para con los demás.
<b>Experiencia Suicida</b>	<b>Diagnóstico Intrínseco</b>	<p>“me doy por vencida, últimamente con más facilidad”.</p> <p>“Yo era más bien de las personas más optimistas, ver las cosas con mucho gusto. Yo veía las cosas malas, yo más bien buscaba la parte buena de cada cosa, pero últimamente ya no es así”</p>	<p>Dado que las palabras hablan más que los números, respecto al diagnóstico intrínseco como recurso gestáltico, se puede observar, una experiencia depresiva en la paciente, contextualizada por su situación de vida, que le ha llevado ahora más allá de la confluencia patológica, dada la pérdida de su fuerza de voluntad para soportar y seguir adelante en bien de los demás, sumado al hecho de que el padre está en edad avanzada, y en cualquier momento puede</p>

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

		<p>“O sea, últimamente me agobian todas las cosas, O sea, en mi vida pues siempre he tenido cosas que han pasado, pero siempre salgo adelante. Pero esta vez siento que no tengo la fuerza para salir”.</p> <p>“saqué unas, unas agendas para botar, pero yo tengo la costumbre de revisar qué es lo que había escrito, o sea y noté que he escrito mucho que no voy a estar”.</p> <p>“yo no quiero comer, ya no me provoca ni comer, yo tengo varios días sin comer bien, solo tomando agua y un agua de coco tomé ayer,</p>	<p>fallecer, así como su sobrina e hijo adoptado, se encuentran en la etapa de decidir irse de la casa, lo cual debilita la confluencia al ver que se va a quedar sin alguien por quien luchar, debilitando su estado de ánimo, y abriendo paso a la tristeza más allá de lo necesario. De este modo, sin ánimos de presentar una opinión omnisciente de la situación, se puede observar cómo la paciente vive la experiencia desde aquellas situaciones del pasado en las cuales ha sufrido pérdidas significativas, como la muerte de su hermana y el suicidio de su hermano, transformando esta situación depresiva en una modalidad de retroflexión, en la cual, se lastima</p>
--	---	---	---

PSICONECTANDO  
 CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
 DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
 PSICOTERAPIA GESTALT  
 TÁCHIRA, VENEZUELA

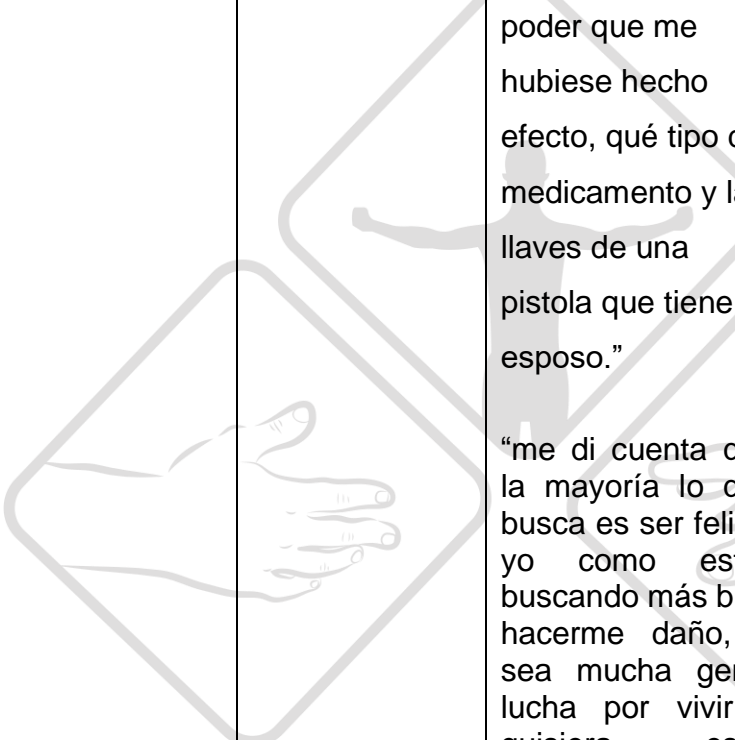
		<p>pero para mí, o sea, el no comer es mejor, me hace sentir mejor”.</p>	<p>así misma más allá de lo emocional, llevándolo también a lo físico con la abstinencia de alimentos, pérdida del sueño, creyendo que así se siente mejor.</p>
<p style="text-align: center;">Depresión desde la mirada gestáltica</p>		<p>“salir de la tristeza de la situación que hay en mi casa”</p> <p>“Siento que como la tristeza está más grande, la decepción que tengo hacia mí es la que no me está dejando... y de hecho me veo más enferma que mucho antes.”</p> <p>“Eso alivia mi ser, o sea me siento mucho mejor, porque sé que eso</p>	<p>La experiencia depresiva, es un estado de tristeza permanente, una afección que arrastra incluso a la conducta suicida, dada la pesadez tan profunda que lleva a la persona a aislarse, situación que se puede observar en la paciente, quien ve la casa como el espacio físico de su tristeza, la cual va incrementándose más, no solo de tamaño, de acuerdo a sus expresiones verbales, sino también de autopercepción de la realidad de manera retroflectiva, autoinfligiéndose</p>



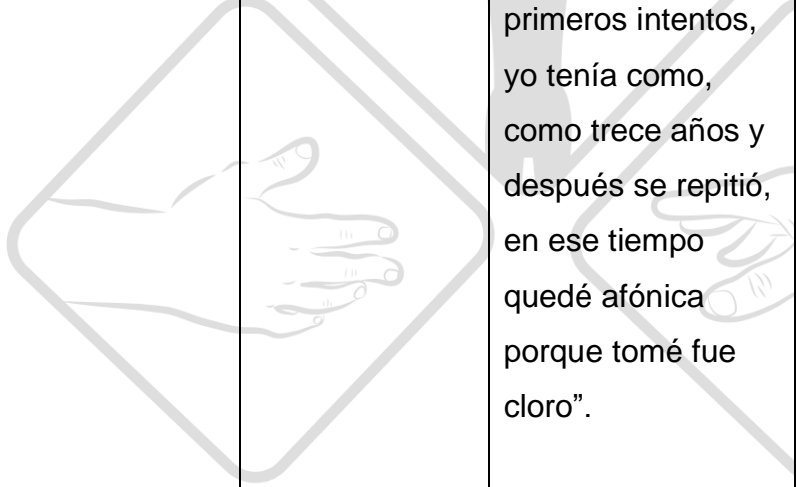
PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

		<p>no es bueno, el tenerlo ahí como me recuerda de que algo malo va a pasar”.</p> <p>“Ed... lo que recogió de mí fue la... la mujer que no pudo ser feliz con otra persona”.</p> <p>“Y está la tristeza ahí, o sea como una sombra y empieza a apretarme y apretarme, y sólo los que vienen son recuerdos malos, se me olvida todo lo bueno que, que pudiera haber hecho”.</p>	<p>con pensamientos e ideaciones que generalmente implican culpa, hipocondría como se puede ver en los <i>verbatim</i>, así como el desarrollo de una personalidad sufriende y alterada, que hace presente los fracasos de su pasado, viéndolos como sombras en su presente, que le asfixian, haciéndole olvidar aquello que le pueda hacer conectar con estímulos positivos, tanto de sí, como con el mundo, experimentando un enorme abismo que le va separando más y más de la vida.</p>
	<p>Fases del proceso de suicidio</p>	<p>“yo también me tomé un pocotón de pastillas y perdí</p>	<p>La experiencia suicida en la paciente, pasa por un proceso en el que, como ya ha intentado quitarse la vida en</p>

PSICONECTANDO  
 CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
 DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
 PSICOTERAPIA GESTALT  
 TÁCHIRA, VENEZUELA

		<p>la noción como una semana”</p> <p>“Ahora sí estoy viendo qué cantidades debería haber tomado para poder que me hubiese hecho efecto, qué tipo de medicamento y las llaves de una pistola que tiene mi esposo.”</p> <p>“me di cuenta que la mayoría lo que busca es ser feliz y yo como estoy buscando más bien hacerme daño, o sea mucha gente lucha por vivir y quisiera estar viva.”.</p> <p>“ayer me puse a llorar y a llorar en clase y en la noche yo no me podía controlar. Cuando estaba dándole la comida a mi papá, me volví a poner a</p>	<p>ocasiones anteriores, desde la adolescencia, ya no es cuestión de una serie de fases que se cumplen, sino un cúmulo de estadios que cohabitan y confluyen de modo patológico, orientando su motivación a la decisión irreversible de culminar con su propia vida. De este modo, desde la primera sesión, se ha podido observar la convivencia con las distintas fases, en las que se va desplegando la ideación e intento suicida persistente, a pesar de haber fallado anteriormente. En este sentido, desde el estado de frustración e impotencia por intentar cumplir las exigencias del entorno, sumado a la falta de apoyo y comprensión,</p>
--	---	--	---

PSICONECTANDO  
 CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
 DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
 PSICOTERAPIA GESTALT  
 TÁCHIRA, VENEZUELA

		<p>llorar y las salidas que veo, no son las más reales, las que deben ser, entonces más miedo me da”.</p> <p>“casi siempre está presente (<i>violación</i>) y eso es parte de mi tristeza de que, todo lo malo que me pasa, desde niña, siguen, y siguen, y siguen y siguen pasando”.</p> <p>“uno de los primeros intentos, yo tenía como, como trece años y después se repitió, en ese tiempo quedé afónica porque tomé fue cloro”.</p> <p>“me da miedo que yo llegue a concretar matarme, y la tristeza que voy a generar en mucha</p>	<p>estas conviven con la fase de resignación ante la mínima posibilidad de que algo pueda cambiar en la convivencia de su entorno, ayudando a fortalecer más el malestar emocional y apresurando la focalización de la experiencia suicida, al no ser sostenida por nada, y esperando los sobresaltos emocionales necesarios para poder encontrar el impulso suficiente y así consumir el acto. En conclusión, más que observar una serie de fases que se cumplen dentro del proceso suicida en la paciente, lo que aquí se observa, es cómo estas fases confluyen como un ciclo que busca alcanzar el cierre total del</p>
--	---	--	---

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

		gente. Que no vieron lo que yo estaba triste”.	contacto con la vida.
--	--	--	-----------------------

Fuente: Gómez (2023)

### Descripción

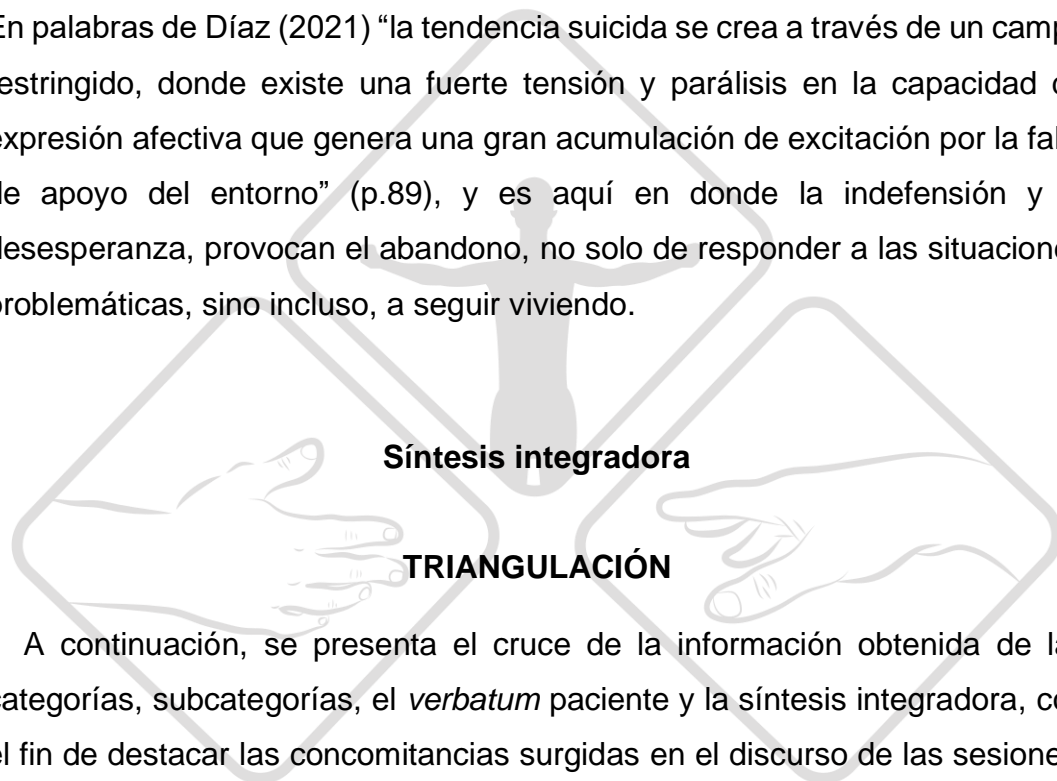
De la matriz anterior, se puede observar cómo la paciente L.M, expresa una confluencia de forma no sana – patológica, es decir, no hay una consciencia plena de la novedad que está ocurriendo para poder asimilarla. Esto es de suma importancia, ya que desde este enfoque, en palabras de Perls, Hefferline y Goodman (1951, como se citó en Lapeyronnie, 2005) se plantea cómo “la persona no está “completamente allí”, es decir, que la totalidad de su campo no puede prestar sus exigencias y sus recursos para la realización de una figura fuerte”, haciendo que interrumpa siempre el proceso en curso que busca que la figura pase al primer plano, inmovilizándola más por represión en una confluencia de fondo que se aferra al comportamiento antiguo, al contacto primero que ha generado dicho malestar.

En este sentido, se puede analizar cómo la confluencia, más que abrir paso a una experiencia dependiente, hace posible la modalidad de contacto de introyección, en la cual Francesetti (2016), ve la personalidad “hiperidentificada con los roles, alejada de la raíz generadora de la experiencia” (p.208), evitando el propio sentir que queda sustituido por una regulación basada en reglas sociales, dejando de relacionarse con las personas como individuos, y acercándose a ellas de acuerdo al papel social que juegan en su entorno. Así, la novedad de la experiencia queda estéril,

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

anclada en una confluencia de fondo que no permite que los roles que determinan el contacto, se derrumben, generando una experiencia depresiva.

Dicha experiencia, en donde el campo relacional pasa ser una restricción cargada de vacíos y alteraciones, da génesis a la experiencia suicida, dado que el poder sentir queda suplantado por regulaciones y normativas externas, se empieza a acumular una represión de tensión que alberga desesperanza. En palabras de Díaz (2021) “la tendencia suicida se crea a través de un campo restringido, donde existe una fuerte tensión y parálisis en la capacidad de expresión afectiva que genera una gran acumulación de excitación por la falta de apoyo del entorno” (p.89), y es aquí en donde la indefensión y la desesperanza, provocan el abandono, no solo de responder a las situaciones problemáticas, sino incluso, a seguir viviendo.



A continuación, se presenta el cruce de la información obtenida de las categorías, subcategorías, el *verbatim* paciente y la síntesis integradora, con el fin de destacar las concomitancias surgidas en el discurso de las sesiones, así como lo teorizado respecto al tema. Es menester señalar que, de acuerdo a Ñaupas et al., (2018) la triangulación “consiste en determinar la exactitud de sus conclusiones efectuando triangulaciones con varias fuentes de datos, métodos y convergencia de investigadores” (p.143), con el fin de brindar relevancia y fidelidad tanto a los datos obtenidos, como a la investigación en sí misma.

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

A lo anterior, respecto a la confluencia, de acuerdo al estudio realizado por Spagnuolo (2000, como se citó en Francesetti et al., 2013), es “la habilidad de estar-con sin la percepción de fronteras” (p.149); sin embargo, una cosa es no percibir la frontera, que se puede dar como forma de empatía con el entorno, y otra muy distinta es la interrupción total de la frontera de contacto, en donde el individuo confluyente se olvida de sí mismo para alienarse con el entorno, perdiendo su propia esencia, y cayendo en el riesgo de vivir una experiencia desensibilizada de su propio estado, inhibiendo en muchas ocasiones el malestar, con tal de no perder la indiferenciación entre sí y el entorno. En otras palabras, más que perder la intuición respecto a la presencia del otro, pierde la percepción de sí mismo y de sus necesidades.

Conviene subrayar, que durante las sesiones se pudo evidenciar, mediante la observación, *verbatim* del paciente y notas de campo, cómo la paciente, se presenta con un campo de relaciones en estado de deterioro, lo cual le lleva inevitablemente a culparse por lo que sucede, deprimirse, y desear morir, cumpliendo los criterios de diagnóstico tanto extrínsecos, como intrínsecos. Esta perspectiva ofrece una mirada fenomenológica hacia sus intentos fallidos de suicidio, la presencia de un arma en su casa, y el llegar a contemplar la posibilidad en su pensamiento, no solo de morir, sino incluso de ser necesario, llevarse a su padre (propiciar la muerte del mismo), con el fin de no dejar ninguna carga o responsabilidad a nadie. Todo esto, va configurando su mundo, unida a estas experiencias y relaciones interpersonales, de manera especial, su sobrina, hijo adoptivo, pareja, y el distanciamiento, pero relación difícil con su hermana.

Sin embargo, existen otros factores que ponen en juego esta situación desde hace tiempo, y que se logró determinar casi al final de las sesiones, y es que a sus 8 años de edad, vivió experiencias de abuso sexual por parte de familiares y un amigo de su padre, prolongándose hasta los 14 años, lo cual,

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

aunque expresaba haberlo superado, lo lleva inseparablemente en su organismo, y lo expresa a su entorno con ajustes conservadores, a modo de introyectos, a saber: “tratar bien a los demás aunque te lastimen”. Es así como se configura la confluencia patológica en la paciente L.M., la cual va a dar origen a una experiencia depresiva melancólica y persistente en el tiempo, manteniéndole en un ciclo de intentos suicidas y esperando los sobresaltos emocionales que puedan estimular su deseo de morir.

Ciertamente la confluencia con su sobrina e hijo adoptivo, los cuales ve como su responsabilidad, a pesar de ser casi mayores de edad, intentando hacer todo para salvarlos, es lo que le ha mantenido viva hasta ahora, sin embargo, también se ha dado cuenta que su forma de relacionarse con ellos ha producido esta situación, tratando de aislar a los demás del sufrimiento, de su historia de vida y reforzando en ellos su percepción de que ella puede tener siempre una solución para todo, pasando por alto aspectos relacionales que han traído como consecuencia reacciones agresivas en su campo. Sin embargo, ante la búsqueda de la situación real de la paciente, se encuentra latente en el fondo de la situación, la figura de abuso de los agresores, tanto por maltrato físico como sexual, vivenciados en su infancia.

La situación fenoménica de la paciente, permitió evaluar cómo experimenta sus contactos adquiridos en base a creencias fijas y su comprensión de los acontecimientos desde su confluencia en el mundo que vive, el cual, ha venido comprendiendo cómo se desenvuelve en él, y que puede ir ajustando de manera diferente, a partir de la actualización de su conciencia en el proceso de construcción del significado de lo que ahora es en el aquí, considerando poder soportar siempre, reconociendo al presente la forma en cómo organiza sus experiencias, a partir de sus “darse cuenta”, a saber: VP. “me di cuenta que estaba equivocada en la percepción que tenía de ellos”; “me di cuenta que



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

mi actitud de tratarlos mejor cuando me tratan mal, refuerza su actitud rebelde”; “mi pareja y yo estamos muy desconectados”; “no me conocen”.

Estos últimos “darse cuenta”, de la paciente L.M., durante sus sesiones, le permitieron mirar adentro y hacia lo externo de forma casi simultánea, como antídoto ante las distracciones de ese “afuera” de su entorno, pero también como comienzo de devolver su función perceptiva de la realidad del entorno. Todo esto ha sido co-construido desde la metáfora que la paciente le dio en terapia a las piezas del lego, en la cual le da significado representativo a las decisiones que necesita materializar para sostener su vida y hacer los cambios necesarios como una forma de adaptación continua y no como una batalla.

Este trabajo de campo, en el que se tomó en cuenta lo que ofrecía la paciente para cada sesión como forma de contacto en la terapia, ha permitido que se pueda dar cuenta, paso a paso de lo que necesita, más allá de un simple anhelo o deseo que las cosas cambien a su alrededor, que pueda ser ella misma quien ajuste de forma creativa su manera de afrontar su propia realidad. Tal y como lo afirma Francesetti (2012) respecto al alma fenomenológica, la cual “nos recuerda la imposibilidad de salirnos de un campo (o situación) en el que nos encontramos, y nos da herramientas para actuar en él, mientras nos mantengamos en el límite impuesto por la experiencia «de la situación»” (p.51), es decir, proporcionarse la habilidad estética de descubrir lo que hay de fondo en cada situación.

Es Indispensable también resaltar la descripción fenomenológica de la voz y de su corporalidad que, en las notas de campo se pudo evidenciar su evolución en diversos momentos, pues al inicio llegaba con voz aplanada, en ocasiones se quebraba, haciendo el esfuerzo por expresar lo que siente, especialmente al revelar sus situaciones de abuso sexual; sin embargo, a

medida que avanzaron las sesiones, su voz se fue haciendo presente, aun cuando se quebraba, haciendo el esfuerzo por expresar lo que sentía. Más aun, corporalmente, fue soltando el bastón, cambiando su color de ropa de tonos grises y oscuros, a colores diferentes, ya no veía las cosas tan rígidas, su relación con Dios mejoró, así como su perspectiva de la vida.

### **Aporte**

En todo trabajo de investigación, uno de los aspectos de gran notabilidad intelectual y científica son los aportes. Palella y Martins (2012) señalan que, a la luz de los resultados alcanzados, se plantea el “puntualizar cada uno de los aspectos que conforman las dimensiones del estudio circunscritas a los resultados obtenidos y que den respuesta a los objetivos específicos de la investigación.” (p. 191). Es decir, según el número de objetivos o propósitos específicos planteados por el investigador, serán las partes que componen los aportes. En este sentido, de acuerdo con los propósitos específicos planteados, se aporta lo siguiente:

En relación al Primer Propósito específico de la investigación, dedicado a “describir la confluencia en un estudio de caso con experiencia suicida”. Fue posible mirar las manifestaciones de la confluencia, así como su presencia patológica en la paciente L.M. con experiencia suicida, en donde se evidenció como consecuencia de esta confluencia no sana, la derivación de una experiencia depresiva y posteriormente como resultado la experiencia suicida, dada las necesidades del campo relacional, así como los introyectos y situaciones de agresión y abuso vividos desde la infancia, descubriendo a su vez, que puede ser ella misma quien ajuste de forma creativa su manera de

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

afrontar su propia realidad, como una forma de adaptación continua para sostener su vida.

Respecto al Segundo Propósito específico, “explicar la confluencia en un estudio de caso con experiencia suicida”. Fue posible explicitar, desde el punto de vista teórico, el funcionamiento de la confluencia dentro de la experiencia suicida, en el estudio de caso propuesto. Esto llevó a establecer un mayor arraigo hacia el aprendizaje significativo de la Terapia Gestalt respecto a las modalidades de contacto. Se observó, la necesidad de profundizar en los distintos autores gestálticos, tanto para el fortalecimiento del conocimiento de la experiencia suicida, como de la situación contextual, fortaleciéndose la perspectiva investigativa respecto a estos temas, y descubriendo la necesidad de integrar la comprensión del sufrimiento humano en la relación terapéutica, con el fin de cuidar mejor a los pacientes y al terapeuta en dicho proceso.

Así mismo, según lo teorizado, esta investigación representa un aporte para la psicología, y específicamente la terapia Gestalt en Venezuela, la cual está desarrollando sus inicios investigativos en este momento, de igual forma, brinda visibilización y sensibilización ante la situación de suicidio en el país dada la creciente estadística. Más aún, desde el punto de vista axiológico, ofrece un tratamiento psicoterapéutico basado en los valores ético profesionales del psicólogo, quienes no pueden permitirse desfigurar en el ejercicio de su labor profesional: la dignidad de la persona humana, la confidencialidad y todos aquellos valores deontológicos necesarios para el buen ejercicio de la psicoterapia.

## REFERENCIAS

American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica*. Venezuela: Editorial EPISTEME, C.A.

Bracamonte, R. (2015, julio-diciembre). *La observación participante como técnica de recolección de información de la investigación*. ARJÉ: Revista de Postgrado FaCE-UC. [Revista en línea], volumen 9, número de emisión: 17, pp. 132-139. Recuperado de: <http://arje.bc.uc.edu.ve/arj17/art11.pdf> [Consulta: 2023, junio 29].

Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021. Recuperado de: <https://icd.who.int/browse11> [Consulta: 2023, junio 29].

Conde, F. (2013). *Tres etapas en el estudio del concepto de teleología en Edmund Husserl: teoría del conocimiento, la renovación*. Pensamiento,

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

Revista De Investigación E Información Filosófica, [Revista en línea],  
volumen 69, número de emisión: 259, pp. 233–256. Recuperado de:  
<https://revistas.comillas.edu/index.php/pensamiento/article/view/1993/1721> [Consulta: 2023, junio 24].

Díaz, F. (2019, noviembre 07). *La última llamada en la frontera-contacto. Suicidio en adolescentes desde una mirada Gestalt*. Recuperado de:  
<https://gestaltnet.net/gestaltoteca/documentos/articulos/suicidio-adolescentes-mirada-gestalt-ultima-llamada-frontera-contacto> [Consulta: 2023, julio 03].

Dicciomed. (2023, septiembre 03). Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. (Dakota del Norte). Usal.es. Recuperado de:  
<https://dicciomed.usal.es/palabra/comorbilidad>

El Ucabista (2023, marzo 01). PsicoData Venezuela: 81% de la población siente desconfianza del otro. Recuperado de:  
<https://elucabista.com/2023/03/01/psicodata-venezuela-81-de-la-poblacion-siente-desconfianza-del-otro/#unete-a-la-experiencia-ucabista>

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

Estatista (2023, junio 08). Número de suicidios registrados en los países del mundo seleccionados por cada 100.000 habitantes en 2019. Recuperado de: <https://es.statista.com/estadisticas/634746/tasa-de-suicidios-en-determinados-paises-por-genero/>

Francesetti, G., Gecele, M., y Roubal, J. (2013). Terapia Gestalt en la práctica clínica. De la psicopatología a la estética del contacto. Traducción Vázquez, C. Editorial: Asociación Cultural Los Libros del CTP. Madrid, España.

Francesetti, G. (2015). La ausencia es el puente entre nosotros. La perspectiva de la Terapia Gestalt sobre las experiencias depresivas. Traducción Vázquez, C. Editorial: Asociación Cultural Los Libros del CTP. Madrid, España.

Francesetti, G. (2019). Fundamentos de psicopatología fenomenológico-gestáltica: introducción ligera. Traducción Vázquez, C. Editorial: Asociación Cultural Los Libros del CTP. Madrid, España.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill Education.

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

Lapeyronnie, B. (2005). La Confluencia. Enfoque de un concepto de la Terapia Gestalt. (C. Vázquez, Trad.). Sociedad de Cultura Valle-Inclán. (Obra original publicada en 1944).

La Prensa del Táchira. (2023, junio 03). El 35% de los suicidios en el Táchira corresponden a adultos mayores. Recuperado de: <https://laprensatachira.com/nota/34805/2023/06/el-35-en-porciento--de-los-suicidios-en-el-tachira-corresponden-a-adultos-mayores>

Noticias ONU. (2023, febrero 23). El suicidio aumenta en América mientras disminuye en el resto del mundo. Recuperado de: <https://news.un.org/es/story/2023/02/1518852>

Ñaupas, H., Valdivia., M. Palacios., J. y Romero, H. (2018). Metodología de la investigación Cuantitativa – Cualitativa y Redacción de la Tesis. Ediciones de la U: Bogotá, Colombia.

ULADDHH. (2022, diciembre 22). En promedio, cada cuatro días una persona se suicida en la región andina de Venezuela. Observatorio de Derechos Humanos de la Universidad de Los Andes. Recuperado de: <https://www.uladdhh.org.ve/index.php/2022/12/21/en-promedio-cada-cuatro-dias-una-persona-se-suicida-en-la-region-andina-de-venezuela/>



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

Observatorio Venezolano de Violencia (2023, abril 21). Informe de Violencia

Autoinfligida 2022. Recuperado de:

<https://observatoriodeviolencia.org.ve/news/informe-anual-de-violencia-autoinfligida-2022/>

Observatorio Venezolano de Violencia (2023, junio 13). La huella de la crisis económica eleva los suicidios en Venezuela. Recuperado de:

<https://observatoriodeviolencia.org.ve/news/la-huella-de-la-crisis-economica-eleva-los-suicidios-en-venezuela/>

Organización Mundial de la Salud. (2021, junio 17). Suicidio. Who.int.

Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>

[Consulta:2023, agosto 27].

Organización Mundial de la Salud. (2023a, marzo 31). Depresión. Who.int.

Recuperado de: <https://www.who.int/es/campaigns/world-suicide-prevention-day/2023>

[Consulta:2023, agosto 29].

Organización Mundial de la Salud. (2023b, septiembre 10). Día Mundial para la

Prevención del Suicidio 2023. Who.int. Recuperado de:

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

<https://www.who.int/es/campaigns/world-suicide-prevention-day/2023>

[Consulta:2023, agosto 29].

Organización Panamericana de la Salud. (2021, junio 17). Una de cada 100 muertes es por suicidio. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/cada-100-muertes-es-por-suicidio#:~:text=Una%20de%20cada%20100%20muertes.Organizaci%C3%B3n%20Panamericana%20de%20la%20Salud>

Organización Panamericana de la Salud. (2023, febrero 23). Un nuevo estudio pone de relieve los factores contextuales asociados al suicidio en las Américas. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/noticias/23-2-2023-nuevo-estudio-pone-relieve-factores-contextuales-asociados-al-suicidio-americas>

Orozco Alvarado, J. y Díaz Pérez, A. (2018). ¿Cómo redactar los antecedentes de una investigación cualitativa? *Revista Electrónica de Conocimientos, Saberes y Prácticas*. 1(2), 66-82. DOI: <https://doi.org/10.30698/recsp.v1i2.13>

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

Parella, S., y Martins, F. (2012). *Investigación Cuantitativa*. Caracas: FEDUPEL.

Paredes, M. (2004). *Fenomenología y Ontología*. Azafea. Revista filosófica Ediciones Universidad de Salamanca [Revista en línea], volumen VI, sin número de emisión, pp. 113-138. Recuperado de: [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/68857/Fenomenologia\\_y\\_ontologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/68857/Fenomenologia_y_ontologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Consulta: 2023, junio 26].

Ponce, A. (2018). *El Estudio de Caso Múltiple. Una estrategia de Investigación en el ámbito de la Administración*. *Revista Publicando*, [Revista en línea], volumen V, número de emisión: 15, pp. 21-34. Recuperado de: [https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/1359/pdf\\_992](https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/1359/pdf_992) [Consulta: 2023, junio 26].

Prada, R. (2016). *Epistemología fenomenológica*. *ESPSYS Revista de psicología y humanidades*, [Revista en línea]. Recuperado de: <https://www.eepsys.com/es/epistemologia-fenomenologica/> [Consulta: 2023, julio 01].

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

Quesada, F. (2021, enero-abril). *Ética fenomenológica, axiológica y hermenéutica*. Rev.

Filosofía Univ. Costa Rica, [Revista en línea], volumen LX, número de emisión:

156, pp. 25-57. Recuperado de:

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/filosofia/article/view/43097> [Consulta: 2023, junio 28].

Rodríguez, G. (2020). Proceso de Psicoterapia Gestalt en un joven universitario con ideación suicida. Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez: México.

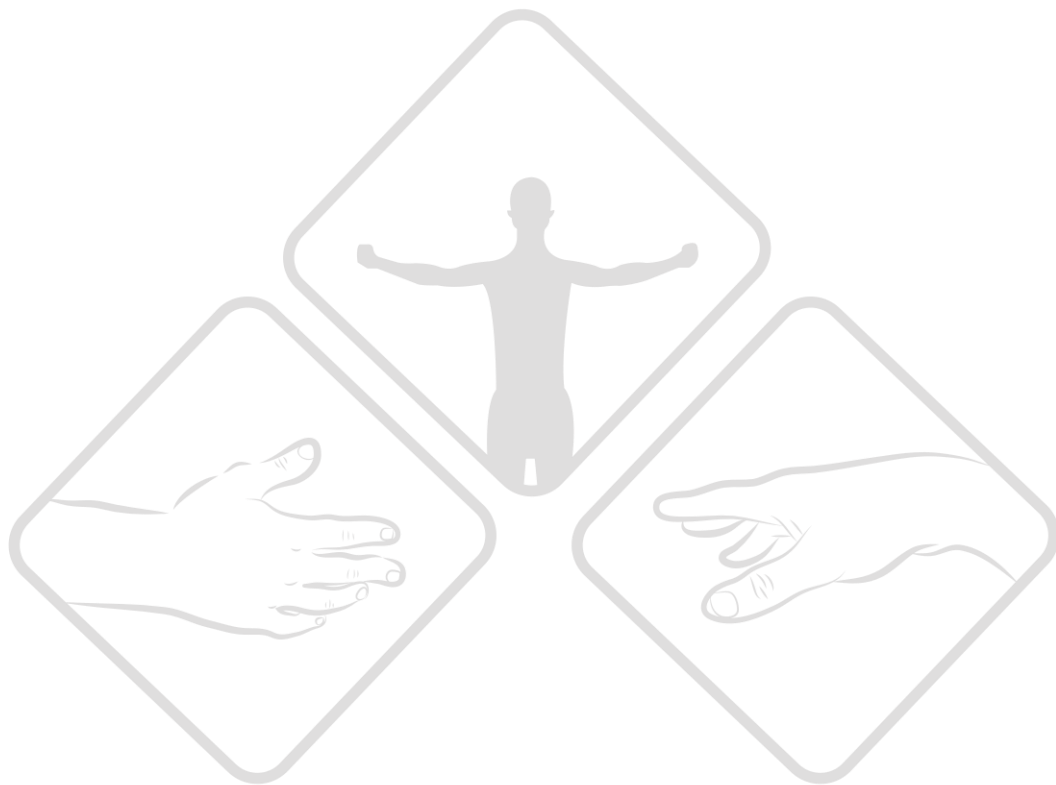
Tamayo, M., y Tamayo. (2003). *El Proceso de la Investigación Científica*. México: EDITORIAL LIMUSA, S.A.

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

PSICONECTANDO  
CENTRO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO  
EN PSICOTERAPIA GESTALT



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN TESINA DE  
INVESTIGACIÓN**

Yo [Firma] ciudadano(a)  
Mayor de edad, Titular del número de cédula de identidad: [Número].

Por medio de la presente, autorizo el uso, de las opiniones, comentarios, y *Verbatim* manifestados por mi persona durante las sesiones de terapia, esto con el único propósito de contribuir con esta investigación para el estudio clínico psicológico con fines de aprendizaje, trabajo académico y publicaciones científicas

Asimismo, es importante tener en cuenta que estoy consciente de los siguientes elementos:

1. **Confidencialidad de la información e identificación:** el investigador me garantiza que mi identidad personal será protegida en todo momento y no compartirá información personal que me vincule. Al divulgar los resultados de la investigación se me ha asegurado que mis comentarios no estarán identificados con mis datos y que en todo momento se cambiarán mis datos para proteger mi identidad.
2. **Grabación:** Autorizo al investigador a grabar las terapias que sostendré durante la investigación, en el sentido que el registro de audio solo será revisado con la finalidad de efectuar adecuadamente el análisis de la información recolectada, así mismo me ha asegurado que ninguna otra persona tendrá acceso a tales archivos de audio, y una vez concluida la investigación serán eliminados.
3. **Voluntariedad:** He manifestado expresar mi voluntad, libre, consciente e informada de participar en la investigación en las sesiones que se ameriten hasta concluir la investigación.

Nombre [Firma]  
Cédula [Número]  
Firma [Firma]  
Fecha 09-02-2023



PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA

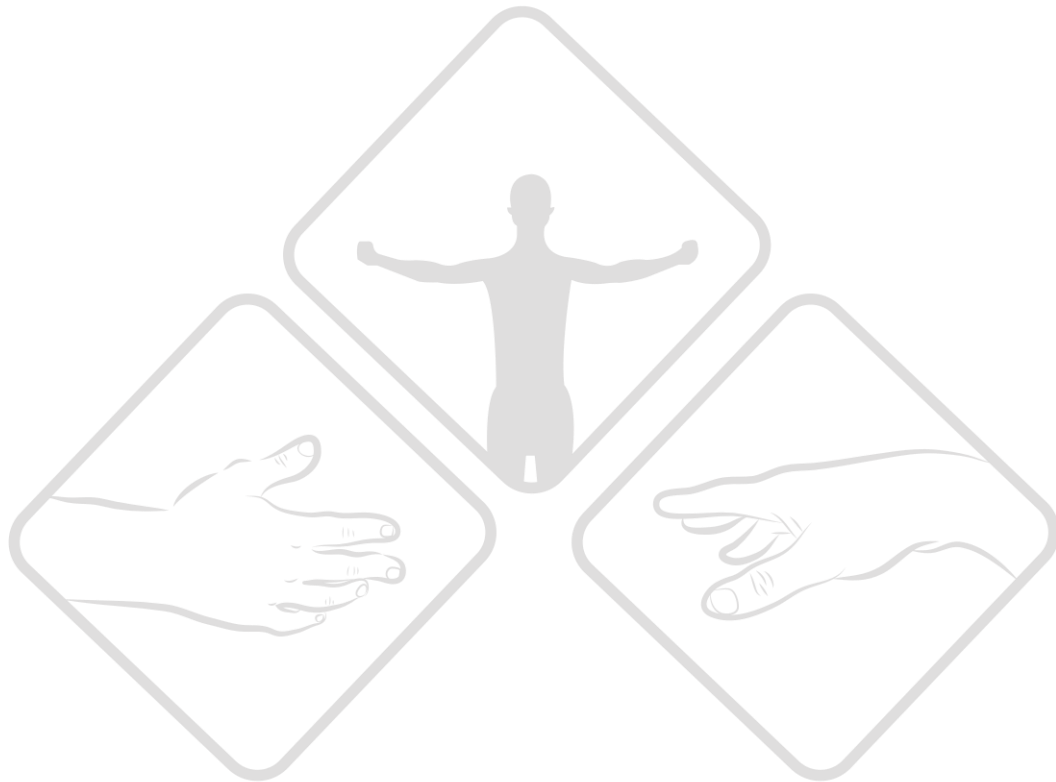
PSICONECTANDO  
CENTRO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO  
EN PSICOTERAPIA GESTALT

**CONTROL DE SUPERVISIÓN CASO CLÍNICO**

Nombre del Participante: L.M.

Nº	Fecha	Nombre del Supervisor	Firma del Supervisor	Aprobado/Reprobado
01	09-02-23	Amylea Masquez	Amylea Masquez	Aprobado
02	16-02-23	Amylea Masquez	Amylea Masquez	Aprobado
03	23-02-23	Amylea Masquez	Amylea Masquez	Reprobado
04	02-03-23	Amylea Masquez	Amylea Masquez	Aprobado
05	16-03-23	Amylea Masquez	Amylea Masquez	Aprobado
06	22-03-23	Dylan Garcia	Dylan Garcia	Aprobado
07	25-03-23	Amylea Masquez	Amylea Masquez	Aprobado
08	01-04-23	Dylan Garcia	Dylan Garcia	Aprobado
09	06-04-23	Dylan Garcia	Dylan Garcia	Aprobado
10	18-04-23	Dylan Garcia	Dylan Garcia	Aprobado
11	26-04-23	Dylan Garcia	Dylan Garcia	Aprobado
12	09-05-23	Dylan Garcia	Dylan Garcia	Aprobado
13	18-05-23	Amylea Masquez	Amylea Masquez	Aprobado

PSICONECTANDO  
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EN  
PSICOTERAPIA GESTALT  
TÁCHIRA, VENEZUELA



**MODELO PARA NOTAS DE CAMPO**

Nombre del terapeuta \_\_\_\_\_

Nombre del Supervisor \_\_\_\_\_

Seudónimo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ N° sesión \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



**SOBRE EL TEMA DEL PACIENTE**

1. ¿Cuál fue la figura?

2. ¿Concomitantes?

3. ¿Vorgestalten y/o endgestalten?

4. Exploración de la situación, Fondo de la sesión

5. Necesidad de la figura

Compartir – Resolver – Comprender – Resignificar- Construir la figura –

Otro: \_\_\_\_\_

PSICONECTANDO  
CENTRO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO  
EN PSICOTERAPIA GESTALT

**6. Tipo de figura**

Figura de la no figura. - Figura del material simbólico - Figura inventada Figura del atolladero - Figura secreta - Figura del síntoma expresada por el cuerpo -. Figura de la multifigura - Figura Deflectada - Figura de compartir Figura Pseudoelaborada - Figura Reservada - Figura emocional

**7. Cambio de tipo de figura producto de un funcionamiento**

**8. Descripción de su Función Yo**

**9. Descripción de su Función Personalidad**

**10. Descripción de su Función ello**

**11. Explicar el proceso de Figura Fondo (Modulo 13)**

**12. Descripción del entorno externo del paciente**

**13. Contactos Intencionales (Protecciones)**

**14. Contactos descontados**

**15. Contactos adquiridos (Retenciones)**

**16. Descripción del Darse cuenta (si presenta)**

**17. Zona de darse cuenta**

Zona interna- Zona externa- Zona intermedia

**18. Etapas de darse cuenta**

Simple - Darse cuenta - Del carácter -Mantener el darse cuenta

**19. ¿Cuáles son las metáforas que utilizó el paciente? (si presenta):**

**20. Describe el diálogo durante la sesión:**

**21. Ajustes creativos**

**22. Ajustes conservadores**

**23. Descripción fenomenológica de la voz.**

**24. Descripción de la conciencia inmediata (Psico corporal)**

**25. Descripción de Toma de contacto (Psico corporal)**

**26. Consideraciones Terapeuta**

**27. Consideraciones Supervisor**

RELACIÓN TERAPEUTA- PACIENTE

**28. Descripción del ground**

**29. Hipótesis de trabajo para formar ground en la siguiente sesión**

PSICONECTANDO  
CENTRO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO  
EN PSICOTERAPIA GESTALT

**30. ¿Qué hice para formar ground?**

**31. ¿Cómo me sentí con el paciente?**

**32. ¿Qué cambios en el campo-atmosfera pude percibir?**

**33. ¿Qué sensaciones me generó el paciente?**

**34. Descripción de las sensaciones con el paciente**

**35. ¿Cuáles sensaciones tuve que colocar en suspensión (epojé)?**

**36. ¿Cuáles sensaciones fueron causantes de hipótesis y técnicas?  
(Recursos Estéticos)**

**37. Descripción de la creación de la 3ra historia**

**38. ¿Cómo el paciente hace contacto conmigo?**

**39. ¿Cómo hago contacto con el paciente?**

**40. ¿Cómo me sentí conmigo como terapeuta?**

41. ¿Cómo me sentí con la supervisión?

42. Mencionar lo pequeño de la relación terapeuta paciente

PSICONECTANDO  
CENTRO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO  
EN PSICOTERAPIA GESTALT

43. Consideraciones Terapeuta

44. Consideraciones Supervisor

IMPLICACIÓN PERSONAL DEL TERAPEUTA ¿Qué técnicas utilicé?

45. Modo de la sesión

46. Nivel de presencia

47. Descripción de lo obvio

48. Descripción clínica

49. Escena temida por el terapeuta

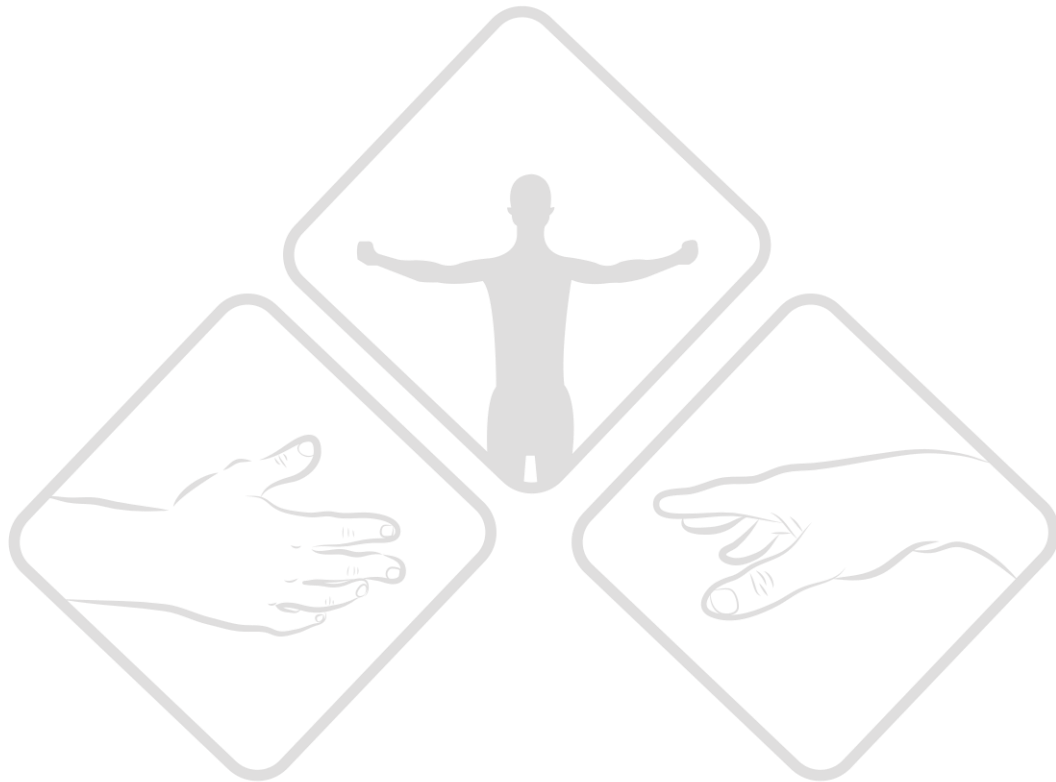
50. Cómo utilicé la hermenéutica de la confianza, en qué momento

51. Modo de la sesión



**52. Consideraciones Terapeuta**

**53. Consideraciones Supervisor**



**DIAGNÓSTICO MULTIDIMENSIONAL**

**54. Diagnóstico intrínseco (descripción a la luz de la teoría).**

**55. Diagnóstico extrínseco**

**56. Experiencia**

**57. Descripción de la experiencia (Si presenta).**

**58. Trastorno (si cumple todos los criterios)**

**59. Hipótesis de trabajo**

