



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***LA DEPRESION BAJO UN ENFOQUE EXISTENCIAL
HUMANISTA GESTALT***

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
MARIA ISABEL FRAGOSO MARTINEZ

**DIRECTORA DE LA TESINA: LIC. DAMARIZ GARCIA
CARRANZA**



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

México, D.F.

Marzo 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos.

Gracias a Dios por darme la fuerza y la fe necesaria para la realización de este proyecto y no perder la esperanza de que algún día lo lograría.

En especial a mis padres, Gloria y Esteban Emigdio, que aunque no están presentes físicamente, sí lo están, en mis pensamientos y en mi corazón y en mi actuar en la vida; que para mí fueron y serán un gran ejemplo de fortaleza en mi existencia.

Gracias a mi esposo Gilberto, por creer en mí, por su confianza, y apoyo incondicional, amigo y compañero de toda mi vida.

A mis hijos, Gilberto, Jonathan y Eduardo, por la paciencia y apoyo que me dieron, durante todo este proceso.

A mi hermana Lourdes y a sus hijos Mario y Mariana, les doy las gracias por su hospedaje y apoyo incondicional durante todo este tiempo.

A la DEC y en especial a Juan Manuel y a Vanessa, quienes fueron una guía para la realización de este proyecto.

A mi directora de tesina Damariz García C. por su gran apoyo y asesoría para la conclusión de este proceso de titulación.

A mis asesoras Patricia Paz de buen Rodríguez, Aída Araceli Mendoza Ibarrola, Guadalupe Santaella y Leticia Bustos; gracias por sus valiosas sugerencias.

A mis compañeros de la DEC, y a todos los que estuvimos en este proceso de titulación, con quienes compartí momentos de preocupación y alegría.

Agradezco a la UNAM y a la Facultad de Psicología por brindarme la oportunidad de realizarme profesionalmente.

INDICE

RESUMEN	
Introducción	1

CAPITULO I. DEPRESION

1.1 Antecedentes Históricos de la depresión	2
1.2 Definición	11
1.3 Clasificación	12
1.4 Síntomas	16
1.5 Diferencia entre trastorno distímico y depresión mayor	23
1.6 Etiología de la depresión	26
1.7 Aspectos epidemiológicos	29
1.8 Diagnóstico	33
1.9 Tratamiento	35

CAPITULO II ENFOQUE EXISTENCIAL HUMANISTA GESTALT

2.1 Antecedentes	39
2.2 Bases del enfoque existencial humanista Gestalt	40
2.3 Conceptos fundamentales	41
2.3.1 La Doctrina Holística	44
2.3.2 Limite de contacto	49
2.4 Neurosis	55
2.5 Terapia gestáltica	57
2.5.1 Objetivo de la Terapia gestáltica	58
2.5.2 Darse cuenta	59
2.5.3 El aquí y el ahora	60
2.5.4 Cambiamos el “porque” por el “como”	61
2.6 Reglas de la Gestalt	63
2.7 Técnicas de la Gestalt	66
2.8 Aplicaciones de la Terapia Gestalt	70

Propuesta de un taller para personas que padecen depresión, desde un Enfoque Existencial Humanista Gestalt	72
--	----

Objetivo general	73
Sesión 1	75
Sesión 2	77
Sesión 3	78
Sesión 4	79
Sesión 5	80
Sesión 6	81
Sesión 7	82
Sesión 8	83
Sesión 9	84
Sesión 10	85
Discusión y Conclusión	86
Referencias	90

INTRODUCCION

La depresión es un padecimiento incapacitante que afecta a muchas personas, provocando un grave desequilibrio emocional; interfiriendo en la vida cotidiana, las relaciones familiares, el trabajo y la calidad de vida etc. Algunas veces, hasta induciendo al suicidio.

Sin embargo, la depresión puede ser tratada si es detectada oportunamente ya sea por el médico tratante o por el mismo paciente.

Desafortunadamente, la mayoría de las personas que padecen depresión no son tratadas y no conocen las posibilidades de ayuda médica y psicológica con que se cuenta, por tal motivo el presente trabajo está dedicado a este tema con motivo de una posibilidad de orientación y apoyo psicológico, en el cual el primer capítulo está dedicado a informar sobre qué es la depresión, clasificación, síntomas, etiología, epidemiología y diagnóstico.

El capítulo dos informa sobre “El Enfoque Existencial Humanista Gestalt”, en donde se da una breve información sobre el enfoque, en el cual se menciona antecedentes, bases del enfoque, conceptos fundamentales, la doctrina holística, límite de contacto, neurosis, terapia gestáltica, objetivo de la terapia gestáltica, el “darse cuenta”, “el aquí y el ahora”, “el porque por el como”, reglas de la gestalt, técnicas de la gestalt y aplicaciones de la Terapia Gestalt. Así mismo, se propone un taller para personas que sufren de este padecimiento, como posible ayuda psicológica, ya que tres de los aspectos más dolorosos de este trastorno son:

- a).- La impotencia
- b).- La incapacidad
- c).- La falta de información que aquejan a las personas que padecen depresión.

CAP. I DEPRESIÓN

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA DEPRESIÓN:

Hipócrates en el s. IV a de C. inicia formulando la primera descripción médica de la depresión, llamando “melancolía” al desorden cuyo origen se atribuye al exceso de atribilis en el cerebro del individuo deprimido. Él decía que desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema y que la melancolía era producida por la bilis negra o atribilis, Areti y Bemporad (1993).

Areteo de Cappadocia (siglo XI) formula un cuadro completo sobre el desorden (en el sentido puramente psicológico), Areti y Bemporad (1993).

Galeno (siglo 11), desarrolla una teoría de enfermedad mental, basada en humores, esto se mantuvo hasta la Edad Media, Areti y Bemporad (1993).

En el renacimiento en Inglaterra, época Isabelina, hubo una epidemia de melancolía; Timothy Bright (1586) y Robert Burton (1621), hacen reflexiones sobre la depresión, dirigiéndose hacia un enfoque más anatómico, Areti y Bemporad (1993)

Falret (1851), diferencia entre melancolía ordinaria y su variedad episódica, además de los periodos de normalidad y degeneración en la enfermedad; el carácter de la familia en la depresión recurrente y su mayor incidencia en las mujeres, Areti y Bemporad (1993).

Kraepelin revolucionó en la psiquiatría estableciendo un sistema nosológico que aun a la fecha continúa en vigor, consolidó los elementos del síndrome y clasificó tres categorías principales: demencia precoz, parafrenia

y psicosis maniaco-depresiva, basándose en la similitud de los síntomas, y el eventual desenlace del trastorno, Areti y Bemporad, (1993).

Meyer en 1904, objetó el término “melancolía” denominando “depresión” a dicho desorden Areti y Bemporad (1993).

Freud vuelca su atención hacia el estudio de la depresión, después de haber investigado la histeria, las obsesiones, los sueños las parapraxis, el chiste, la sexualidad infantil y la paranoia, Arete y Bemporad (1993).

Dentro de las principales aportaciones más profundas al estudio de la depresión, se encuentra Kart Abraham (1911); publicó lo que se considera la primera investigación psicoanalítica de la depresión, y compara ésta con la ansiedad, resultado de instintos reprimidos, Areti y Bemporad (1993).

Su doctrina básica es sobre la excesiva represión libidinal y expone seis casos de pacientes deprimidos y describe bibliografía psicoanalítica sobre esto. Analiza la sintomatología del depresivo y obsesivo, contribuye con la analizabilidad de la manía y la depresión, basada en la represión. Hay una segunda contribución en su publicación de “La primera etapa pregenital de la libido”, considera que la depresión se entiende como una regresión a la primera fase psicosexual (la oral), estableciendo una modalidad característica de vínculos objétales. En 1924 continúa tratando de rastrear el origen del desorden en una fijación de la etapa oral, Areti y Bemporad (1993).

Con respecto a los síntomas orales de la depresión: éste destruye realmente al objeto psíquico internalizado y hace intentos de reincorporar al objeto de amor destruido, hacia la incorporación del objeto de amor que sigue a la pérdida, con la relación ambivalente con dicho objeto introyectado, Areti y Bemporad (1993).

Abraham contribuye con algunas aportaciones que son en la depresión factores predisponentes:

- a).- Factor constitucional, acentuación del erotismo oral.

b).- Fijación oral expresada por desproporcionadas lamentaciones ante frustraciones y excesivas actividades orales.

c).- Severo daño al narcisismo infantil

d).- Aparición de un desengaño amoroso antes que los deseos edípicos, se hayan superado

e).- Repetición del desengaño original, en épocas de la vida posteriores (Areti y Bemporad, 1993).

Freud (1917) en “Duelo y melancolía”, habla sobre el tipo de relaciones objetales, desde las instancias psíquicas yo y super yo. Advierte que en el diagnóstico hay una serie de desórdenes y expone con un número reducido de pacientes, sus hallazgos. Explica la depresión caracterizada por una sensación interna de pérdida, los auto reproches son hacia un objeto amado y que fueron desviados hacia el propio yo. Las subsecuentes pérdidas reactivas la pérdida original, haciendo que la agresión se vuelque contra sí mismo, en donde el objeto está internalizado y fusionado con el yo. Freud habla de tres factores para la melancolía: la pérdida del objeto, un grado alto de ambivalencia y una regresión libidinal en el yo. Percibe que la depresión en una persona, afecta profundamente el estado mental de otra y la pérdida de esta persona es una pérdida interna. Lo anterior lo conecta con la “AUTOESTIMA” y el tipo de relación establecida con los objetos. Expresa que hay una gran discordancia entre yo y super yo, en donde el super yo es severo y poderoso, y por lo que la severidad, incluso la crueldad de éste, determina el estado depresivo (Areti y Bemporad, 1993).

Sandor Rado (1928), dentro de la “teoría estructural”, estudió la depresión y la manía en función de una red de interrelaciones entre el yo, el superyo y el objeto amado. Expresan este tipo de pacientes un patrón de hostilidad, culpa y constricción una gran necesidad de gratificación narcisista y el mantenimiento de la autoestima. Dentro de los aspectos significativos de su teoría, está la represión que representa un proceso de reparación y un periodo de expiación, por provocar el distanciamiento con el objeto que ama y necesita. En 1951, Rado plantea una reformulación Psicoanalítica en relación a las manifestaciones depresivas, el intento de restaurar la sensación de ser atendido, interpreta el objeto general de la depresión como una expiación inconsciente, con la que se busca recuperar al objeto de amor perdido (Areti y Bemporad, 1993).

Dentro de la corriente de la Psicología del Yo, la depresión es estudiada por diversos autores tales como Fenichel (1945), quién apoya los factores que enumeran la depresión y son citados: la introyección patognomónica, la fijación oral y la incesante necesidad de amor. Juzga además que en la depresión, hay una caída de la autoestima, partiendo de esto (Areti y Bemporad 1993).

Se da importancia al papel que juega el Yo, como instancia psíquica que calibra la autoestima entre el estado real de la personalidad y el ideal del Yo.

Jacobson, Bibring y Sandler, proponen postulados que ejercen gran influencia sobre los puntos de vista acerca de la depresión, los tres coinciden en que la regulación de la autoestima es un elemento crucial, conceptualizándolo como “vivencia que refleja la discrepancia entre la personalidad real y un estado ideal deseado” (Areti y Bemporad, 1993)

Jacobson (1954), escribió extensamente acerca de la depresión, ocupándose en su práctica clínica de pacientes maniaco-depresivos por muchos años (Areti y Bemporad, 1993).

El conflicto básico de este tipo de desórdenes afectivos, sería el siguiente: La frustración que provoca rabia, dando lugar a tentativas hostiles de lograr la gratificación deseada; cuando el Yo no concreta este propósito, la agresión se vuelve hacia la imagen de sí mismo. Jacobson se apoya para dar una explicación a la depresión en la dinámica de los instintos, intentó asimilar la Psicología del Yo, junto con un enfoque de las relaciones de objeto de su propia creación (Areti y Bemporad, 1993).

Bibring (1953), describió el patrón básico de pacientes que padecieron depresión, quienes se sentían indefensos ante poderes superiores, sensación de ser un fracaso (golpe para su autoestima), lo cual ocasiona tensión dentro del Yo, ya que hay un franco reconocimiento por parte del Yo, de su indefensión real o imaginaria, e intensas aspiraciones narcisistas que no puede concretar (Areti y Bemporad, 1993)

Por lo tanto la depresión en este sentido para Bibring, es el correlato emocional de un particular estado yoico primario y junto con esto, pone acento en los factores ambientales y caracterológicos que predisponen a las reacciones depresivas (Areti y Bemporad, 1993).

Sander y Joffe (1965), tras una labor clínica con niños enfermos, consideran a la depresión como un afecto básico, que se experimenta cuando el sujeto cree haber perdido algo que era esencial para su bienestar y se siente incapaz de anular esa pérdida. De acuerdo a lo que plantean, en la depresión se produce un bloqueo de la agresión, utilizan las contribuciones de la Psicología del Yo para simplificar los criterios tradicionales de la depresión, concibiéndola como un estado emocional psicobiológico básica, que no puede reducirse únicamente a conflictos intersistémicos (Areti y Bemporad, 1993).

Melanie Klein, hace grandes contribuciones a través de las dos etapas básicas del desarrollo que denomina "posiciones", las cuales permiten entender el funcionamiento de la depresión, ocupando un lugar central en la psicopatología, coincidiendo con algunos autores en que se trata de un estado

básico, contra el que el individuo puede erigir defensas normales o patológicas, por lo tanto es una etapa normal del desarrollo y una forma específica de ansiedad, Klein, (1987).

Melanie Klein nos habla de que en la posición anterior a la etapa depresiva (esquizoparanoide), se encuentran ansiedades y mecanismos paranoides y esquizoides, en donde las relaciones de objeto existen desde el comienzo de la vida. El primer objeto es el pecho de la madre, el cual es escindido en un pecho bueno (gratificador) y un pecho malo (frustrador), lo cual conduce a una separación entre amor y odio. La relación con el primer objeto implica su introyección y proyección, de esta manera las relaciones de objeto son modeladas por ambos mecanismos, así como entre objetos y situaciones internas y externas, Klein (1987).

Freud citado por Melanie Klein nos dice que la proyección se origina por la desviación hacia el exterior del instinto de muerte, ayuda al yo a superar la ansiedad liberándolo de lo peligroso y de lo malo. Implica la irrupción dentro del objeto y su control por partes del yo, Klein (1987).

La introyección dentro del objeto bueno (pecho de la madre), pasa a constituir un punto central en el yo y contribuye a su cohesión. Es utilizado por el yo, como una defensa contra la ansiedad. Las otras defensas típicas del yo precoz de las que habla Melanie Klein son:

- Idealización, ligada a la escisión del objeto, ya que se exageran los aspectos buenos del pecho como salvaguarda contra el temor al pecho persecutorio. Surge también el poder de los deseos instintivos, que aspiran a una gratificación ilimitada y crean el cuadro de un pecho inagotable, siempre generoso, un pecho ideal.

- Negación, de la realidad psíquica, la cual sólo se hace posible a través de fuertes sentimientos de omnipotencia, característica esencial de la mente infantil. Negación omnipotente de la existencia del objeto malo y la situación dolorosa, lo cual equivale inconscientemente a la aniquilación por medio del impulso destructivo. No sólo se niega y aniquila una situación y un objeto, sino es una relación de objeto la que sufre éste.

-Control omnipotente del objeto, es aniquilamiento omnipotente del objeto malo persecutorio y de la situación dolorosa, este proceso está basado en la escisión tanto del objeto como del yo. Es frecuente del estado caracterizado por temores persecutorios y mecanismos esquizoides. Es dañar al objeto, controlarlo y tomar posesión de él.

-Identificación proyectiva, es una forma especial de identificación, que establece el prototipo de una relación de objeto agresiva. Surge cuando en la etapa esquizoparanoide, la proyección deriva del impulso a dañar y controlar a la madre, la cual el niño la siente como un perseguidor. En el psicótico se incrementa la identificación de un objeto con las partes odiadas del yo dirigido contra los demás. No sólo las partes malas del yo, se expulsan y proyectan depositándose en el objeto externo para controlarlo, sino también las partes buenas del yo (proyección normal del desarrollo). Es escindir partes del yo y proyectarlas en objetos, esto debilita y empobrece al yo, (Klein, Op. cit.).

Klein (1940) hizo un intento de correlacionar su enfoque con los síntomas clínicos de la depresión, en donde propone que en la lucha interior de los objetos internos, de depresión se siente cuando hay una identificación del Yo con los sufrimientos de los objetos buenos con los cuales se someten a los ataques de los objetos malos y del ello, por lo tanto el acento del estudio de la depresión se centra en la pérdida del objeto amado, la no incorporación de objetos buenos en los primeros meses de vida y en el papel que juega la culpa y la hostilidad

Consultando a Pichón Rivière (1985), encontramos que expresa: “La existencia de un núcleo psicótico central, situación depresiva básica, patogenética, siendo todas las estructuras patológicas tentativas de elaboración o desprendimiento de dicha situación nuclear.

Las estructuras patológicas se basan en “una estereotipia de las técnicas del yo (mecanismos de defensa), características de la posición esquizoparanoide, como tentativas fallidas e inadecuadas de curación.

Dentro de los enfoques interpersonal y cultural, Cohen y colaboradores se ocuparon de estudiar los factores no intrapsíquicos de la depresión (1949

– 1954), realizando dos investigaciones con pacientes maniaco-depresivos, basados en estudios realizados por la escuela de psiquiatría de Washington. Dichos factores abarcaban: antecedentes familiares, religiosos, nivel socioeconómico, pautas de comportamiento, tipo de relaciones interpersonales (dependencia), Areti y Bemporad (1993).

Consideran que dentro de los factores más importantes, el patrón constante es la sensación interna de vacío y una permanente necesidad de apoyo que las personas externas deben satisfacer, si la dependencia con el objeto se desvanece y junto con ella la esperanza de recuperar al objeto, la depresión avanza hacia un estado más psicótico, (Areti y Bemporad, 1993).

Gibson (1958), citado en Areti y Bemporad, (1993), reitera los estudios hechos por Cohen, compara el grupo de pacientes maniaco-depresivos, con un grupo de pacientes esquizofrénicos, se dirige hacia el enfoque de la dinámica familiar y la incidencia de la sintomatología..

La corriente culturalista, propone la interpretación de la depresión en la cual observan la reacción a las exigencias sociales, el efecto de la sintomatología que produce en los demás y la instancia patológica de la depresión, para satisfacer objetivos anormales. Alfred Adler en 1914, hace un primer intento de analizar la depresión desde este enfoque culturalista; señala que “ninguna otra enfermedad psicológica” incide en el ambiente tanto como la melancolía, ni le hace más patente su indignidad. Kurt Adler (1961), continúa describiendo la posición de la psicología individual de la depresión, considera que la psicopatología resulta de la búsqueda de superioridad que se lleva a cabo para contrarrestar los sentimientos de inferioridad.

Explica la personalidad depresiva:

“El depresivo se esfuerza constantemente por afirmar su enfermedad, para hacer prevalecer su voluntad por sobre los demás para obligarlos a sacrificarse, para frustrar todas sus tentativas de ayudarlos, para culparlos de

su situación y para liberarse de toda obligación y cooperación social” (Areti y Bemporad, Op. cit).

Bonime (1960, 1962, 1976), citado en Areti y Bemporad, (1993), es uno de los expositores culturalistas más convincentes sobre la depresión y formula que, la depresión no es sólo un conjunto de síntomas que conforman una enfermedad periódica, sino una práctica, una modalidad cotidiana de interacción.

Sus principales componentes patológicos son:

- Las tendencias manipuladoras,
- La aversión a la influencia de los demás
- La renuncia a brindar gratificación
- Sensación básica de hostilidad y vivencia de ansiedad.

Según Bonime, la etiología de la depresión manifestada en el adulto, es por una carencia de estímulo y el respeto que debieron proveer los padres en la infancia (Areti y Bemporad, 1993).

La escuela existencialista representada por teóricos tales como Kail Jaspers (1964), Minkowski (1958), Le Mappian, Ey y Sommer, Tellenbach, proporcionan un panorama detallado sobre la forma en que perciben el mundo subjetivo del individuo y la manera en que el desorden, afecta la vida consciente del paciente. Otro de los teóricos que contribuyen al estudio de la depresión es Beck, con su teoría Cognitiva, donde el desorden es concebido por el trastorno en el pensamiento y la prueba de realidad que es un mecanismo en gran medida subjetivo, ya que se producen distorsiones características de interpretar la realidad y se expresan a través de una tríada:

- 1.- Expectativas negativas respecto al ambiente
- 2.- Autoapreciación negativa
- 3.-Expectativas negativas respecto al futuro

Otros modelos y enfoques dirigidos hacia el estudio de la depresión, son el de “Desvalimiento aprendido” de Seligman, delimitando su expresión a sólo

factores psicológicos. Y dentro de los aportes actuales que tienen gran importancia, se encuentran los enfoques fisiológicos, los cuales no son excluyentes de los psicodinámicos, (Areti y Bemporad Op. cit.).

1.2 DEFINICIONES:

- Frazier, Campbell, Marshall y Werner (2004), expresan que si se emplea este término para describir el humor, entonces se refiere a sentimientos de tristeza, desesperación e infelicidad. Como tal, la depresión es experimentada universalmente y representa un estado sentimental normal.

Sus manifestaciones abiertas resultan altamente variables y pueden ser específicas de la cultura.

- Cuando el término se usa en el diagnóstico, la depresión puede ser un índice psiquiátrico específico o un componente de la enfermedad. El pensamiento retardado y disminución de la actividad física con propósito, acompañan al cambio humoral. Frazier, Campbell, Marshall y Werner, (2004).

- Los seres humanos tienen la posibilidad de expresar diferentes tonos emocionales, desde la alegría hasta la tristeza. Esta oscilación en el estado de ánimo está casi siempre vinculada con los aspectos circunstanciales de la vida del individuo. El tiempo que éstos duren, así como la frecuencia y la intensidad, hacen que lo normal se transforme en patológico Salin ,(2003).

- MacKinnon, (1973) comenta que una depresión normal es una reacción de tristeza que puede relacionarse claramente con circunstancias externas definidas, y que no difiere mucho de la reacción de una persona ordinaria en tales circunstancias.

- La depresión del humor persiste hasta el momento en que puede hacerse una adaptación a la situación Bosselman, (1967)

- Según Massana, (2002) nos dice que la depresión es un cuadro clínico bien descrito desde la antigüedad clásica y que está constituido por una serie de síntomas entre los que destacan la apatía, la desesperanza, la inhibición, la tristeza y la angustia. A este núcleo se añaden una gran cantidad de otros síntomas menos específicos que abarcan una amplia gama de alteraciones del sueño, apetito, deseo sexual, actividad motora, funciones fisiológicas, etc.
- Dicho autor, hace una distinción entre tristeza y depresión. Refiere que la tristeza es una vivencia que se da de forma habitual en la vida cotidiana de todos los seres humanos y que, por tanto, puede considerarse una respuesta normal ante determinadas situaciones. Y cuando la tristeza es un componente de un cuadro depresivo se convierte en un problema a tratar.

1.3 CLASIFICACION

Históricamente la clasificación de la depresión ha representado un problema para la gente que trabaja en el área. Uno de los primeros intentos, fue el subdividirla en reactiva (exógena o situacional) y endógena (biológica). Sin embargo esta clasificación no se utiliza más, porque representa problemas de tratamiento y pronóstico, Salin (2003).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-1V-TR divide la sección de los trastornos del estado de ánimo en tres partes:

A. Describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco) que han sido incluidos por separado para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo. Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes: Sin embargo sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos.

B. Describe los trastornos del estado de ánimo (p.ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar 1). Los criterios de la

mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos.

C. Las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en:

- Trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares.
- Trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
 - Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.
 - Los trastornos depresivos (p. Ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco.
 - Los trastornos bipolares (p. Ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaniacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios mayores (p. Ej., al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El trastorno distímico se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto

ansioso y de depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.

El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos dos años de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. Ej., una agitación aguda) (DSM – IV – TR).

La Distimia es una depresión crónica del estado de ánimo, que se prolonga al menos varios años, que no es suficientemente severa o en la que los episodios aislados no son lo suficientemente prolongados para justificar el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente leve, moderado o grave (F33.- , CIE-10).

- Neurosis depresiva.
- Trastorno de personalidad depresiva.
- Depresión neurótica.
- Depresión ansiosa persistente.

Excluye: Depresión ansiosa leve o no persistente (F41.2, CIE-10)

1.4 SÍNTOMAS:

Descripción del cuadro clínico de depresión, básicamente se presentan dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva, y el otro en el cual las alteraciones afectivas parecen estar cubiertas por lo que predominan síntomas somáticos, y el médico no fácilmente identifica como constituyentes del cuadro Calderón, (1984).

Divide los diversos síntomas que suelen presentarse en cuatro grupos:

a) Trastornos afectivos:

Síntomas	Manifestaciones
Indiferencia afectiva	Disminución o pérdida de intereses en actividades deportivas, culturales, se encierran en su cuarto. Pérdida de intereses vitales.
Tristeza constante	Puede haber o no tendencia al llanto, que estaría ausente en las depresiones "sonrientes". Estado de ánimo abatido, pesimismo. Se encuentra pensativo, cabizbajo. El paciente dice sentirse desesperado, solitario, infeliz, humillado avergonzado, preocupado, inútil y culpable.
Inseguridad	Dificultad para tomar decisiones.
Pesimismo	Enfoque vital derrotista, da origen a dependencia hacia la familia. Devaluación personal, actitud negativa.

Miedo	Específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo.
Ansiedad	Más intensa en la mañana, acompañada de sensación de nudo en la garganta y peso en el estómago, constricción en el pecho, falta de aire etc.
Irritabilidad	Malas relaciones interpersonales y agresividad.

b) b) Trastornos intelectuales (no son los más afectados pero son importantes)

Síntomas	Manifestaciones
Sensopercepción disminuida	Mala captación de estímulos
Trastornos de memoria	Dificultad para la evocación
Disminución de la atención	Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana.
Disminución de la comprensión	Dificultad de comunicación
Disminución de la concentración	Dificultad para el estudio.
Ideas de culpa o de fracaso	Autodevaluación, frecuente pesimismo ante el mundo que lo rodea. Incapacidad de actuar y ejecutar acciones que acaben con su sufrimiento actual por temor a que la situación se empeore.
Pensamiento obsesivo	Ideas o recuerdos repetitivos molestos.

c) Trastornos conductuales:

Síntomas	Manifestaciones
Actividad disminuida	Descuido de sus obligaciones y de su

	aseo personal.
Productividad disminuida	Mal rendimiento en el trabajo
Impulsos suicidas	Ideas o intentos de privarse la vida
Impulso a la ingestión de alcohol y otras drogas.	Tendencia a beber o a utilizar drogas como un mecanismo de escape a la ansiedad.

d) Trastornos Somáticos:

Generalmente se presentan en las depresiones enmascaradas, ya que los síntomas anteriores no se manifiestan tan claramente. Las depresiones enmascaradas pueden pasar inadvertidas por los médicos.

Síntomas	Manifestaciones
Trastorno en el sueño	Insomnio que se presenta al principio o al final del periodo de descanso. Dormir inquieto. En algunos casos hay hipersomnia.
Trastorno en el apetito	Anorexia que puede originar pérdida importante de peso. En ocasiones hambre compulsiva.
Disminución de la libido	Debilitamiento o desaparición del deseo sexual
Cefalea tensional	Afecta de preferencia a los músculos de la nuca y a los temporales.
Trastornos digestivos	Dispepsia, aerofagia, meteorismo, náuseas, etc.
Trastornos cardiovasculares	Trastornos de la frecuencia o ritmo cardíaco etc.
Otros	Mareo, prurito, alopecia, etc.

Ledesma y Melero (1989) señalan que en los sujetos depresivos, existen manifestaciones emocionales, expresadas principalmente por tristeza patológica, ansiedad y periodos de irritabilidad y mal humor. Son muy frecuentes las ideas de suicidio, cuando estas se hacen mas intensas, el paciente comienza a pensar en suicidarse y generalmente lo expresa a sus familiares o al médico. Si aumenta el riesgo de suicidio el paciente ya planea la forma como va a realizarlo, y ya indica un altísimo riesgo de suicidio si deja una nota de despedida culminando con la tentativa de suicidio o con el suicidio consumado. Estos autores también non dicen que en esta enfermedad es donde existe mayor expresión de agresividad contra si mismo, y por tanto, tiene que existir una importante relación entre agresividad y depresión.

Bleichmar, (2002) menciona que la tristeza es la manifestación dolorosa ante el pensamiento. La inhibición, es la renuncia ante el carácter de realización imposible, que el sujeto atribuye al deseo. El llanto es expresión de dolor y el intento regresivo de obtener lo deseado, que en la infancia era efectivo. El autoreproche, respuesta agresiva que se vuelve contra sí mismo, por la frustración del deseo.

La pérdida del objeto libidinal, es la condición de emergencia del estado en que el deseo se representa, como irrealizable. Determinados deseos de amor al no realizarse implican la depresión, por lo tanto la depresión corresponde a una condición de pérdida de objeto y constituye un estado en que se vive un deseo como irrealizable. La sintomatología de la depresión es más o menos constante, caracterizándose de manera sobresaliente, el estado anímico depresivo, (Bleichmar, Op. cit.).

Presenta muchas veces rasgos secundarios, en toda depresión hay una combinación de componentes psicológicos y no psicológicos o biológicos, no siempre derivan de un desarreglo físico y pueden ser funcionales. Representan sólo modificaciones de ciertas funciones del organismo, pero no de las estructuras anatómicas. Lo que diferencia entre el nivel de depresión, es la intensidad, (Bleichmar, Op. cit.).

Bellak y Siegel (1986) expresa que la depresión, es uno de los trastornos por los cuales más de la mitad de los pacientes acuden a consulta externa, este desorden abarca diferentes etiologías, en donde su patogénesis puede ser bioquímica, neurofisiológica, climatológica y psicogénica interdependiente.

Encuentra a través de su intervención con este tipo de pacientes, que los mismos factores psicodinámicos son válidos para la mayoría de todas las depresiones.

Plantea diez factores específicos en la psicoterapia de la depresión:

1.- Problema de la autoestima: se observa dirigiéndose hacia los antecedentes del paciente los agravios recientes, los denominadores comunes para propósitos de interpretación, con un buen contacto digno de señalar las áreas en la vida del paciente, acordes a una autoestima, abordando la agresión contra el Yo, el nivel de aspiración, la intensidad de las defensas.

2.- Un Superyo severo: se entiende desde los componentes, manifestaciones y situación actual, se utiliza la catarsis mediata induciendo al paciente a expresar sus sentimientos y señalando la negación de los mismos.

3.- La intragresión: es una variable principal que se entiende desde visualizar cuál es el objeto de la agresión, cuál es el tipo de relaciones objetales internalizadas y cómo se han distorsionado éstas en sus relaciones actuales, y a su vez cómo la agresión se dirige contra las autorrepresentaciones, en donde el mecanismo básico es la despersonalización.

4.- El sentimiento de pérdida: que puede ser de amor, de un objeto de amor, de parte de uno mismo, de posesiones, de autoestima, debiendo tratarse considerando las pérdidas tempranas, examinando la naturaleza

general de las relaciones objetales, las demandas pasivo-dependientes que facilitan el sentimiento de desilusión.

5.- Sentimiento de desilusión: se asocia con las pérdidas, las madres depresivas proporcionan desilusión con mucha facilidad a sus hijos por su inasequibilidad.

6.- Sentimientos de decepción: se asocia con los episodios tempranos del desarrollo en donde hubo decepción, sentimientos de ser engañados por figuras significativas.

7.- La oralidad y hambre de estímulos: ésta es otra de las variables principales para la intervención de la depresión, se relaciona con los antecedentes que son evidencias de la necesidad de suministros orales y otros estímulos y la consecuente depresión si éstos no son accesibles. Se debe abordar la tríada propuesta por Bertram Lewin: la necesidad de devorar, el de ser devorado, y el de dormir.

8.- El narcisismo en la depresión: es por lo general "narcisismo secundario", relaciones de tipo anaclítico, necesidades orales, de nutrientes narcisistas y en formas patológicas se regula la autoestima. El paciente depresivo pasa generalmente entre la sobreestimulación y subestimación, se tiene que prestar atención a la educación y planeación de su vida, debe aprender a reconocer la desilusión, sentimientos de vacío y guardarse del abandono, después de experiencias muy gratificantes.

9.- La negación: es el mayor mecanismo de defensa en la depresión, el paciente por lo regular niega con frecuencia el evento traumático. Es importante ayudar al paciente a expresar su ira, hacia la persona causante de su depresión.

10.- Las relaciones objetales: Son una de las variables principales en la depresión; en las depresiones graves el tipo de relaciones es simbiótica, con dificultad concomitante a los límites del Yo. En psicoterapia se tiene que ayudar al paciente, anticipando y trabajando con la separación, desilusión e ira que puedan sobrevenir y amenazar el resultado de la terapia,(Bleichmar, Op cit.).

Salin (2003), señala que las personas con depresión tienen una serie de manifestaciones clínicas y agrupa los síntomas en las siguientes categorías:

1.- Estado de ánimo depresivo

Es equiparado a un dolor de tipo psíquico; hay una sensibilidad excesiva para percibir eventos negativos o desagradables, en tanto que los placeres de la vida pasan inadvertidos.

2.- Anhedonia o pérdida de interés para experimentar emociones normales respecto a las cosas que antes lo motivaban.

3.- Alteraciones psicomotoras

Manifestaciones como agitación, retardo psicomotor, o llegar a extremos como laseudodemencia. El retardo psicomotor explica muchos de los datos clínicos que se observan en un paciente deprimido. El enfermo puede referirse a este síntoma como sentirse “bajo de energía”, o como si estuviera en “cámara lenta”. Esto abarca los aspectos de movimientos y también la velocidad del pensamiento.

4.- Alteraciones cognitivas

Pueden resumirse diciendo que en general el paciente tiene una evaluación negativa de sí mismo, del mundo y de su futuro. En esta área en el caso de una depresión mayor puede adquirir características psicóticas (fuera de la realidad, sin que exista un juicio crítico al respecto). En estos enfermos, el pensamiento negativo llega a adquirir proporciones delirantes (pensamientos absurdos e ilógicos).

5.- Ideas de muerte, intentos suicidas y suicidio

La persona deprimida puede quitarse la vida. El primer intento es el deseo de ya no seguir vivo. Esto se manifiesta porque la persona dice que le gustaría ya no despertar (algunas de estas personas tienen un incremento significativo en el número de accidentes). En un siguiente nivel, el sujeto deprimido ya ha estado contemplando uno o varios planes para quitarse la vida, aun cuando puede reconocer que la idea le produce miedo.

6.- Alteraciones autónomas

- Reducción del apetito
- Alteraciones del sueño
- Baja del deseo sexual

Los trastornos del humor se componen de estados maniacos y depresivos que pueden ser conceptualizados como afecciones unipolares o bipolares o formar parte de un espectro afectivo (Gelder, López y Andreasen, 2003).

1.5 DISTINCIÓN ENTRE TRASTORNO DISTIMICO Y DEPRESION MAYOR:

Salin (2003) distingue el trastorno distímico de la depresión mayor por el hecho de no ser secuela de ésta, más bien precede a los episodios depresivos mayores. Esta entidad se denominó depresión neurótica o depresión menor. Así, en la mayor parte de los casos, el inicio se observa en la niñez o adolescencia. Algunas de las características de las distimias son:

- Cronicidad de por lo menos dos años
- Origen insidioso a menudo en la infancia o adolescencia
- Curso intermitente. Hay en la familia antecedentes que apoyan la depresión unipolar o bipolar.

Los pacientes distímicos son personas que mantienen su existencia como un deber, dedicándose sólo al trabajo (adictos al trabajo). Puede no haber un episodio de depresión mayor; sin embargo, cuando un individuo con distimia presenta un episodio de depresión mayor, a esto se le llama doble depresión, Salin (2003).

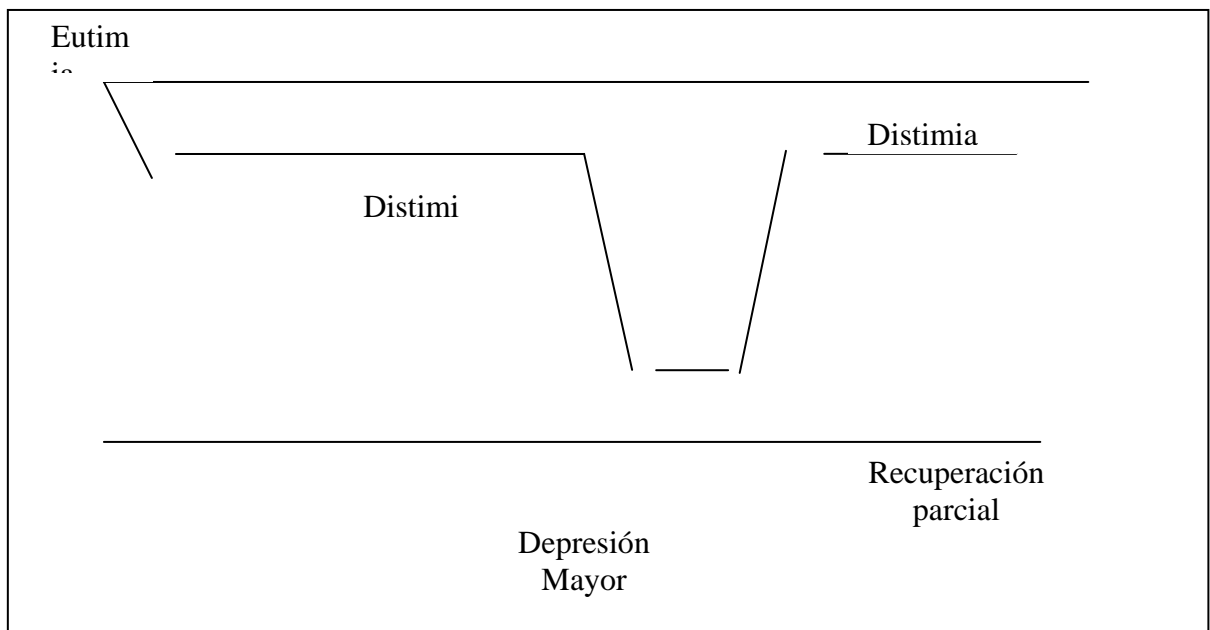


Fig. 1

Como podemos ver en la Fig. 1 la distimia es un proceso crónico en el cual el paciente tiene por lo menos dos años con un nivel de funcionamiento bajo. Puede haber cuadros de depresión mayor en lo que se llama “doble depresión”. Su mejoría de la depresión mayor es limitada o se recupera parcialmente (Salim, 2003).

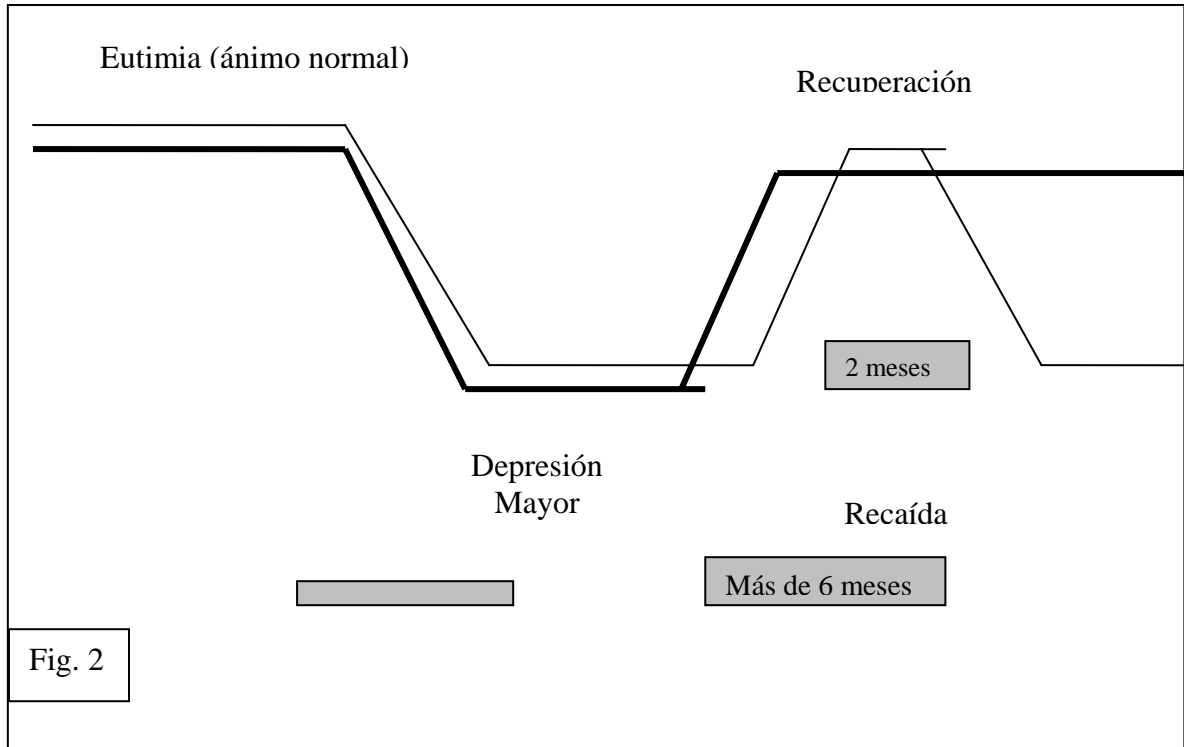


Fig. 2 El cuadro de depresión mayor tiende a ser autolimitado en el lapso de 6 a 24 meses. Si el paciente retorna a la eutimia por más de 6 meses, se habla de recuperación. Si en menos de dos meses presenta los síntomas de una depresión, estamos ante una recaída (Salin, 2003).

1.6 ETIOLOGIA:

Según Calderón (1999), la etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro. El estado constitucional y los factores ambientales deben ser en todos los casos mutuamente complementarios, pues el predominio del primero o de los segundos influirá en el tipo de depresión que se desarrolle en el enfermo.

Calderón (1984) divide las causas de la depresión en:

Tipo	Cuadros en los que predomina
Genéticos	Depresiones psicóticas
Psicológicas	Depresiones neuróticas
Ecológicas	Depresiones simples
Sociales	Depresiones simples

-Causas genéticas:

Son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, especialmente para la psicosis maniacodepresiva y también pueden presentarse en las depresiones neurótica y simple. Los factores constitucionales no pueden ser ignorados en estos cuadros. (Los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión. La convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en algunos de sus allegados.

-Causas Psicológicas:

Los factores emocionales desempeñan un papel preponderante presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo, que algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos constitucionales. Estos rasgos, sin embargo, no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto a los miembros de la familia.

Dentro de las causas Psicológicas Calderón (1999) menciona:

1.- Causas determinantes: Mala integración de la personalidad en la etapa formativa

2.- Causas Desencadenantes:

- a) Pérdida de un ser querido
- b) Pérdida de una situación económica
- c) Pérdida de poder
- d) Pérdida de la salud

- Enfermedades con peligro de muerte
- Enfermedades que originan incapacidad física
- Enfermedades que determinan alteraciones estéticas
- Enfermedades que afectan la autoestima (impotencia).

-Causas ecológicas:

El hombre desde siempre ha venido modificando su hábitat sometiendo gradualmente a la naturaleza en la búsqueda continua de sus satisfacciones Como ésta tiene sus propios mecanismos de defensa y de autopurificación, durante siglos logró mantenerse en equilibrio, lo cual permitió al ser humano una vida tranquila y saludable. En la medida en que el hombre deteriora el medio ambiente, disminuye la calidad de vida y por lo tanto, su salud mental es afectada por el medio ambiente nocivo en que se desenvuelve.

-Causas sociales

Los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia. Por medio de ellos se han desarrollado los sistemas psicobiológicos. Un aspecto interesante de estos sistemas es que nos permiten resistir con una fuerza biológica cualquier intento de destrucción de nuestras ligas afectivas, reaccionando generalmente con manifestaciones físicas y psíquicas de angustia. Un indicador de la fuerza de estos lazos es la reacción de duelo que se presenta en nosotros cuando algunos de ellos se destruyen.

Algunas de estas causas sociales Calderón (1999) menciona:

-Desintegración de la familia: Los lazos familiares se han debilitado en los últimos tiempos; muchas familias se reúnen sólo en ocasiones especiales como bodas, bautizos, o entierros; el divorcio se incrementa día a día, y es habitual que los jóvenes traten de independizarse en cuanto tienen los medios económicos para hacerlo.

-Disminución del apoyo espiritual de la iglesia: La iglesia como apoyo social ha desempeñado papeles importantes: Da un sentido cognoscitivo a la vida, brinda consuelo durante los periodos de desesperación, especialmente si están relacionados con la muerte, y presta servicios sociales a los enfermos, huérfanos, ancianos, etc. Actualmente los lazos religiosos se están debilitando y cada día es mayor el número de personas que hacen gala de un materialismo ateo, en donde el sujeto debe depender de sí mismo, sin esperar ayuda espiritual o divina de ningún tipo.

-Falta de vínculos con los vecinos: Hoy en día lo habitual es que con dificultad conozcamos a las personas que habitan las casas colindantes a la nuestra, y el resto de la comunidad suele sernos tan extraña como pueden serlo los habitantes de otra ciudad o país.

-Migraciones: La migración de campesinos a las grandes ciudades en busca de mejores condiciones de vida. La dificultad para lograr estos fines, la pérdida de sus relaciones familiares y sociales, así como las condiciones precarias en que tienen que instalarse, generalmente en áreas marginadas.

-El gran incremento de la violencia y de la delincuencia en los últimos años.

1.7 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Calderón (1999) menciona que cada día es mayor el número de personas con diagnóstico de depresión en los hospitales generales, consultorios médicos y centros de salud. En Estados Unidos los intentos de suicidio se han incrementado en forma alarmante, especialmente entre los jóvenes, y más aún entre las mujeres menores de 30 años.

Otro dato interesante, documentado, es que el promedio de vida de los pacientes deprimidos disminuye cada vez más (Calderón 1999).

Los textos escritos antes de la Primera Guerra Mundial recalcan que con frecuencia la “melancolía involutiva” se presentaba entre los 40 y 50 años. Un estudio que se efectuó en el Massachusetts Mental Health Center, inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial, reveló que la edad promedio de este tipo de enfermos era de 40 años. Por otra parte estudios recientes en Estados Unidos indican que la edad promedio de pacientes deprimidos es de 30 años Calderón (1999).

En Estados Unidos el 15% de los deprimidos se suicida. Los intentos suicidas se correlacionan parcialmente con la intensidad de la depresión. El primer intento es el deseo de ya no seguir vivo. El sujeto deprimido ya ha estado contemplando uno o varios planes para quitarse la vida, (Salin Op cit.).

Calderón (1999) menciona que en los últimos años la importancia de la depresión se ha destacado de tal forma, que se le considera no sólo como el problema más frecuente en el campo de la salud mental, sino aún, y de acuerdo con opiniones tan calificadas como la de Nathan kline, como el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad.

Nos dice que hace algunos años Sorenson y Stromgren realizaron un estudio epidemiológico en un área geográfica definida, y encontraron que el 3.9% de la población mayor de 20 años había presentado por lo menos un cuadro depresivo en una etapa determinada de su vida.

Durante las últimas tres décadas, se ha registrado un continuo incremento del cuadro depresivo entre las personas que viven en las grandes comunidades urbanas, y sobre todo entre la población de los países industrializados, Calderón (1999).

Este incremento del problema se ha atribuido al profundo cambio ecológico que ha sufrido el mundo últimamente. Además en la actualidad se cuenta con mejores elementos de diagnóstico que permiten una fácil detección del problema Calderón (1999).

Así mismo, expertos internacionales estiman que entre 100 y 200 millones de seres humanos padecen hoy en día de depresión, (Idem.).

En una encuesta levantada en otoño de 1974 en la que participaron más de 15000 médicos generales de la República Federal Alemana, Francia, Austria y Suiza, se encontró que el 48% de los médicos interrogados calculaba que uno de cada 20 de sus pacientes sufría de depresión, (5%) y que el 27% de los encuestadores estimaba en 10% la frecuencia de la depresión entre sus pacientes. Casi el 80% respondió afirmativamente cuando se le preguntó si creían que la depresión iba en aumento, Calderón (1999).

Igualmente, Calderón, (1999) menciona que Alec Coppen señala que de acuerdo con las múltiples investigaciones realizadas sobre incidencia y extensión de los síndromes afectivos, especialmente en la Gran Bretaña y en los países escandinavos se puede esperar que aproximadamente un 8% de los hombres y un 16% de las mujeres de la población general pueden padecer un cuadro depresivo durante su vida.

Las magnitudes epidemiológicas, el tipo de repercusión psicológica y social, la accesibilidad diagnóstica y las posibilidades terapéuticas de prevención primaria hacen de la depresión un problema significativo de salud pública, de ninguna manera etiquetable como un problema psiquiátrico de acuerdo con el enfoque tradicional de la enfermedad mental Calderón (1999).

Del mismo modo, menciona que el doctor Norman Sartorius, Director de la división de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, calcula que en el mundo hay por lo menos cien millones de personas que sufren alguna forma clínica reconocible de depresión; que relacionados con ellos existen otros tres tantos que son afectados y sufren por ella y lo que es peor, que el problema tiende a aumentar en los años venideros, por los siguientes motivos:

-Porque el promedio de índice de expectativa vital está creciendo en todos los países, por lo que el número y porcentaje de personas con un mayor riesgo de presentar depresión se han incrementado.

- El rápido cambio del ambiente psicosocial que permite la exposición cada vez mayor del individuo y de grupos sociales a un ambiente tensionante intenso y creciente como el que se presenta en situación de desarraigo, desintegración familiar, aislamiento social e información sobrecargada, lo que predispone a un aumento en la prevalencia de algunos tipos de trastornos psiquiátricos, muchos de los cuales son de tipo depresivo.

- El aumento de la morbilidad de padecimientos crónicos, tales como el reumatismo, trastornos gastrointestinales y cerebrovasculares, y problemas neurológicos que, según se ha demostrado, se asocian con depresión en un 20% de los casos.

- El creciente abuso de medicamentos, algunos de los cuales pueden causar depresión, como los antihipertensivos, las fenotiacinas y varios preparados hormonales como los anticonceptivos orales que un gran número de mujeres consume.

Calderón (1999), nos dice que el mismo doctor Sartorius considera que es indispensable prevenir ciertos tipos de depresión y administrar un tratamiento eficaz a todos los enfermos; sin embargo no se han tomado medidas preventivas adecuadas, y sólo un mínimo porcentaje de ellos recibe tratamiento.

1.8 CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO

Salín (2003), nos dice que algunos individuos desarrollan alteraciones del estado de ánimo más severas, con síntomas depresivos y manifestaciones del sistema nervioso autónomo. Estos síntomas son susceptibles de modificarse farmacológicamente, teniendo estos pacientes un estado de ánimo depresivo, acompañado con una sensación de desesperanza, con deseos de no seguir viviendo, abandono del aseo personal, culpa, autodevaluación y pesimismo. También hay signos de autodestrucción y un mal funcionamiento social.

Las preocupaciones somáticas y signos vegetativos incluyen:

- Anorexia
- Pérdida de peso
- Constipación
- Anhedonia
- Disminución de la libido
- Retardo psicomotriz o agitación

Es frecuente encontrar problemas del sueño como: despertares prematuros en la madrugada (sin poder conciliar el sueño nuevamente), fragmentación del sueño (múltiples despertares nocturnos). Algunos pacientes reportan una variación diurna de la intensidad de su depresión (refieren sentirse más deprimidos en la mañana y con mejoría por la tarde). En los casos más severos hay ideas delirantes minusválidas, por lo que se puede hacer el diagnóstico de un cuadro psicótico depresivo, Salín (2003).

Vallejo (1998), nos dice que el diagnóstico de depresión se establece en función de todas las consideraciones clínicas existentes, los antecedentes hereditarios, el estilo de personalidad, la ausencia o presencia de desencadenantes, son los puntos básicos en los que se afianza el diagnóstico de depresión endógena o neurótica.

Los métodos complementarios de diagnóstico pueden tener utilidad. Los cuestionarios proporcionan un buen método de valoración cuantitativa del cuadro, lo que permite seguir objetivamente el curso. Como ejemplo tenemos los cuestionarios de Beck-Pichot y Hamilton, la escala de Newcastle y la adaptación española que Conde y cols. (1970) han hecho de la escala autoaplicada de Zung son los más utilizados en la práctica clínica, Vallejo (1998).

Jacobson y Jacobson (2003) nos dicen que después de aparecer un índice de sospechas para los trastornos depresivos, surgido del interrogatorio, exploración física, examen del estado mental o la respuesta a una medición de detección, el médico debe proceder a entrevistar minuciosamente al paciente, para establecer cuáles criterios satisface el paciente para cada uno de los trastornos depresivos. Se debe establecer un interrogatorio acerca de la duración, persistencia y gravedad de cada síntoma.

Las fuentes colaborativas de los parientes y los expedientes previos (en casos de haber sido hospitalizados), son muy útiles cuando las respuestas

del paciente son ambiguas, insuficientes o están distorsionadas por la depresión.

Se incluyen las propias observaciones del médico cuando se valora la agitación, el nivel de energía, la concentración y la desesperanza (Jacobson y Jacobson, Op. cit.).

Aunque los síntomas actuales no justifiquen un diagnóstico de trastorno depresivo, el diagnóstico de distimia puede hacerse incluso si éste se ha dado en el pasado, particularmente si fue al inicio de la distimia. El equilibrio entre fases individuales de depresión leve y períodos intermedios de comparativa normalidad es muy variable. La distimia tiene mucho en común con los conceptos de depresión neurótica y neurosis depresiva (F34.1, CIE-10).

1.9 TRATAMIENTO

Bellak (1993) nos dice que de acuerdo a su experiencia con pacientes depresivos, que los mismos factores psicodinámicos se encuentran en la mayoría, si no en todas las depresiones; inclusive en las endógenas.

Por tanto, la intervención psicoterapéutica sistemática se puede formular de manera bastante general para la mayoría de las depresiones.

En muchas circunstancias, Bellak (1993) menciona que la psicoterapia de urgencia puede ser más rápidamente efectiva que los fármacos antidepresivos, aunque se pueden combinar, por supuesto, con tratamiento de fármacos y, de hecho, con cualquiera de las otras modalidades.

La psicoterapia de urgencia de las depresiones puede involucrar exclusivamente una relación terapeuta-paciente o una terapia conjunta familiar Bellak (1993).

Aseveraciones expresadas por Areti (1993) con relación a Psicoterapia:

- La psicoterapia está indicada, para todos los casos de depresión
- La intensidad de la depresión, no debe ser obstáculo para que el terapeuta trate de llevar a cabo la psicoterapia.
- La terapia medicamentosa simultánea o previa, no hace al paciente menos accesible a la psicoterapia, salvo cuando los antidepresivos, sean solos o en combinación con neurolépticos, son administrados en dosis masivas.
- La terapia medicamentosa puede tener efectos mucho más rápidos que la psicoterapia en cuanto concierne a la mejoría de los síntomas, pero no modifica las estructuras básicas de la personalidad, que originan la gran vulnerabilidad del paciente a la depresión.
- Tampoco la terapia electroconvulsiva previa dificulta la psicoterapia, pero ésta debe limitarse a una función de apoyo mientras persiste la falta de memoria, la ligera confusión y las restantes alteraciones orgánicas que siguen al electroshock.
- La psicoterapia es especialmente recomendada, para los pacientes que se hallan internados
- La psicoterapia se hace imprescindible, cuando la terapia medicamentosa y el electroshock fracasan; cuando el síndrome continúa recurriendo a pesar de estos tratamientos, o cuando el paciente se opone a que se haga un nuevo intento con terapias físicas.
- También deben recibir psicoterapia, los pacientes cuyos ataques agudos terminaron espontáneamente. En estos casos lo que se busca es hacer menos probable la repetición de los ataques.

La cura comprende: la elaboración de un plan terapéutico que contemple la especificidad del cuadro psicopatológico en juego, es decir, el objetivo debe guardar relación de racionalidad con la caracterización que se tenga de la estructura psicopatológica Areti y Bemporad (1993).

En las depresiones, no se puede encontrar un plan único, sino que éste se tiene que adaptar al tipo de depresión. Posibilita la reconstrucción genética (histórica) el proceso de reorganizar el mundo conceptual, resingnificando la experiencia, Bleichmar, (2002).

Se detectan las causas de la misma, con la serie de multiplicidad de condiciones determinantes que inciden en su producción. La cura no se remite exclusivamente a lo que Freud denominó técnica: “hacer consciente lo inconsciente”, Bleichmar (2002)..

Salin (2003) menciona que, como la depresión es un conjunto de síntomas con determinantes biopsicosociales complejos, que para la mayoría de las depresiones los factores biológicos, más que los sociales o psicológicos, son los que determinan el curso de la enfermedad.

Cuando existen alteraciones psiquiátricas requieren de farmacoterapia y pueden ser muy útiles las intervenciones psicoterapéuticas precisas. Para algunas depresiones, algunos tipos de psicoterapia de corta duración pueden jugar un papel muy importante en la terapéutica antidepresiva Salin (2003).

Igualmente, la psicoterapia es muy útil en la búsqueda del ajuste social en los pacientes con depresión Salim (2003).

En el presente trabajo nos basaremos en el Enfoque Existencial Humanista Gestalt en el tratamiento de la depresión.

Este enfoque no les dará soluciones a los problemas de su vida. Lo que sí hace es entregarles herramientas que podrán utilizar para explorar su vida, simplificar y calificar sus problemas y confusiones, y les ayudará a descubrir sus propias respuestas: lo que ellos quieren hacer (Stevens, 1971).

Cuando las personas se ponen en contacto con su propia vivencia, descubren que el cambio se produce por sí solo, sin esfuerzo ni planificación. Con un darse cuenta cabal y con la confianza de que todo saldrá bien, uno puede permitir que ocurra lo que tiene que ocurrir. Se puede aprender a soltar, a vivir y a fluir con las vivencias y el transcurso de los eventos, en lugar de frustrarse con exigencias de ser distinto de lo que se es (Stevens, 1971)

CAPITULO II Enfoque Existencial Humanista Gestalt

2.1 Antecedentes

La psicoterapia de la gestalt surge en los años 40's, después de la segunda guerra mundial con Fritz Perls, Laura Perls y Paul Goodman. Su base está en la filosofía existencialista, en la teoría de campo, en la psicología de la gestalt, retoma algunos puntos del psicoanálisis, entre otras teorías y enfoques psicológicos, (monografías, 2006).

Habrá que destacar que sin la presencia de Fritz Perls la terapia de la gestalt no existiría tal como la conocemos hoy. Su creación va unida a su vida y a su tiempo. Hablaremos un poco de Frederick S. Perls conocido como Fritz Perls algunos datos importantes de su vida:

Doctor en Medicina y Psicoanalista, comenzó su carrera en Berlín y Viena donde se relacionó con personas como Reich, Federn, Deutsch, Horney por parte de la escuela Freudiana, y Friedlander, Goldstein, Wertheimer de la psicología de la Gestalt. En 1933, huyendo del nazismo, llega a Sudáfrica. En Durban publica, en 1942, su libro Ego, Hunger and Agresión, primera aplicación de los principios descubiertos por la psicología de la Gestalt al desarrollo y crecimiento de la persona Fritz Perls (1974).

En 1946 llega a los Estados Unidos, donde trabaja en consulta privada en Miami, Nueva York y los Ángeles, es invitado en 1966 a formar parte del instituto Esalen de California para dirigir seminarios y dictar cursos sobre Terapia Gestáltica Fritz Perls (1974).

En 1970 regresa a América, delicado de salud ingresa en el Weiss Memorial Hospital de Chicago y es operado, muere de un ataque cardíaco el 14 de marzo.

La autopsia revela cáncer de páncreas (Gestalt, 2006). La Terapia de la Gestalt no existiría tal como la conocemos hoy, gracias a su talento y su genialidad. Su creación va profundamente unida a su vida y a su tiempo.

2.2 BASES DE LA GESTALT

Hablaremos un poco del Enfoque Gestáltico (EG):

Es un enfoque holístico; es decir, que percibe a los objetos, y en especial a los seres vivos, como totalidades, (monografías, 2006).

El Enfoque Gestáltico (EG) es en sí mismo un estilo de vida; de ahí que sea más adecuado denominarlo “enfoque”, que es un término más amplio, en lugar de “terapia”, que restringe sus posibilidades de aplicación a lo clínico, (monografías, 2006).

El (EG) ha recibido la influencia de las siguientes corrientes:

El psicoanálisis de Freud, retomando y reformulando su teoría de los mecanismos de defensa y el trabajo con los sueños.

- La filosofía existencial, de la que rescata la confianza en las potencialidades inherentes al individuo, el respeto a la persona y a la responsabilidad.
- La fenomenología de la que toma su apego por lo obvio, por la experiencia inmediata y por la toma de conciencia (insight).
- La psicología de la gestalt, con su teoría de la percepción (figura – fondo, ley de la buena forma, etc.)
- Las religiones orientales, y en especial el Budismo Zen.
- El psicodrama de J.L. Moreno, del que adopta la idea de dramatizar las experiencias y los sueños.
- La teoría de la coraza muscular de W. Reich.

- La teoría de la indiferencia creativa, de Sigmund Friedlander, de la que extrae su teoría de las polaridades, (monografías, 2006).
- (Monografías, 2006).

2.3 CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Fritz Perls (1976) nos dice que lo nuevo en su enfoque no son los pedacitos y piezas que forman la teoría. Más bien es el modo como son usados y organizados lo que le da a este enfoque su singularidad.

Fritz Perls (1976) nos menciona dos premisas importantes en su enfoque:

1.- Es la organización de hechos, percepciones, conducta y fenómenos y no los elementos individuales de los cuales se componen, lo que los define y les da su significado específico y particular.

Este concepto fue desarrollado originalmente por un grupo de psicólogos alemanes que trabajaron en el campo de la percepción.

Ellos demostraron que el hombre no percibe las cosas como entidades sin relación y aisladas, sino que más bien las organiza, mediante el proceso perceptivo, en totalidades significativas. (La elección de los elementos es el resultado de muchos factores y éstos se pueden juntar bajo un interés. Cuando el interés está ausente, la percepción se atomiza y sale sin ninguna relación entre sí Fritz Perls (1976).

La escuela de psicología que surgió de este tipo de observaciones se llama Psicología de la Gestalt.

Fritz Perls (1974) en su libro Sueños y Existencia menciona Gestalt como una palabra que viene directamente del alemán que no se le puede traducir al castellano y que significa forma, estampa, figura y estructura.

Homeostasis (adaptación) es el proceso mediante el cual el organismo mantiene su equilibrio y por lo tanto su salud, en medio de condiciones que varían y mediante éste equilibrio satisface sus necesidades.

Dado que sus necesidades son muchas y cada necesidad altera el equilibrio, el proceso homeostático transcurre todo el tiempo. La vida en todas sus formas se caracteriza por este juego continuado de balance y desbalance en el organismo. Cuando el proceso homeostático falla en alguna medida y permanece en un estado de desequilibrio durante demasiado tiempo y es incapaz de satisfacer sus necesidades, está enfermo. (Fritz Perls 1974).

Podemos decir también que el proceso homeostático es un proceso de autorregulación en donde el hombre interactúa con su medio ambiente.

El organismo también tiene necesidades de contacto al igual que necesidades psicológicas. Estas se experimentan cada vez que el equilibrio psicológico se perturba, al igual que las necesidades fisiológicas se sienten toda vez que el equilibrio fisiológico se ve perturbado. Estas necesidades psicológicas son lo que podríamos llamar la contrapartida psicológica del proceso homeostático. Los procesos psicológicos no pueden separarse de los fisiológicos; cada uno contiene elementos del otro Fritz Perls (1976).

Los conceptos estáticos de las psicologías más antiguas han obstaculizado el entendimiento. Al notar que hay ciertas tendencias comunes a todos los organismos vivos, los teóricos postularon que los "instintos" son las fuerzas directrices en la vida y describieron la neurosis como el resultado de la represión de tales instintos. Mac Dowgall daba una lista en que aparecían catorce instintos. Freud consideraba que los dos más básicos e importantes era Eros (sexo o vida) y Thanatos (muerte). Pero si pudiésemos clasificar todas las posibles perturbaciones del equilibrio orgánico podríamos encontrar que hay miles de instintos y que serían diferentes entre sí en intensidad Fritz Perls (1976).

Aún hay otra debilidad en esta teoría. Todos podremos estar de acuerdo en que la necesidad de sobrevivir actúa como una fuerza obligada en todas las criaturas vivas y en que todas muestran en todo momento dos tendencias importantes: sobrevivir, tanto como individuos y como especie, y además crecer. Estas son metas fijas. Pero el modo como son abordadas varía, de situación en situación, y de especie en especie y de individuo en individuo, Fritz Perls (1976).

La teoría de los instintos tiende a confundir las necesidades con sus síntomas o con los medios que usamos para satisfacerlas. Y es de esta confusión de donde surgió el concepto de la represión de los instintos. Los instintos (si es que existen) no pueden ser reprimidos. Están fuera del alcance de nuestra capacidad de darnos cuenta y por lo tanto fuera del alcance de nuestra acción deliberada. No podemos reprimir nuestra necesidad de sobrevivir pero podemos y de hecho lo hacemos, interferir con sus síntomas y señales. Esto se logra interrumpiendo el proceso en transcurso, impidiéndonos a nosotros mismos llevar a cabo cualquier acción que sea la apropiada Fritz Perls (1976).

El organismo sano opera dentro de lo que podríamos llamar una jerarquía de valores, ya que es incapaz de hacer adecuadamente más de una cosa a la vez, se dedicará a atender la necesidad de sobrevivencia dominante. Opera con el sencillo principio de que lo primero es lo primero.

Al formular este principio en términos de la psicología de la Gestalt podemos decir que la necesidad dominante del organismo en cualquier momento se convierte en la figura en primer plano y las demás necesidades retroceden, al menos temporalmente, al fondo. Lo que está en primer plano es aquella necesidad que presiona más agudamente por su satisfacción Fritz Perls (1976).

Para que el individuo satisfaga sus necesidades, para crear o completar la Gestalt, para pasar a otro asunto tiene que ser capaz de sentir lo que

necesita y debe saber cómo manejarse a sí mismo y a su ambiente, ya que incluso las necesidades puramente fisiológicas pueden ser satisfechas únicamente mediante la interacción del organismo y el ambiente Fritz Perls (1976).

2.3.1 LA DOCTRINA HOLISTICA

El hombre es un organismo unificado y sin embargo este hecho es ignorado por las escuelas tradicionales de psiquiatría y psicoterapia las cuales, su enfoque aún opera en términos de la antigua división mente-cuerpo Fritz Perls (1976).

Desde que surgió la medicina sicosomática la estrecha relación entre la actividad mental y física se ha hecho más aparente. Y sin embargo, debido a la persistencia del paralelismo sicofísico, este adelanto en el entendimiento no ha tenido los logros que eran de esperar. Aún está amarrado a conceptos de causalidad, tratando una enfermedad funcional como una perturbación física causada por un evento psíquico Fritz Perls (1976).

El hombre es capaz de funcionar en dos niveles cualitativamente diferentes: El nivel del pensar y el nivel del actuar. Fritz Perls nos dice que es impresionante la diferencia entre ambos niveles y su aparente independencia entre sí por lo tanto postula que son órdenes diferentes de materia nos dice que existe una entidad estructural aún no descubierta: la mente, que se describe como el asiento de la actividad mental.

Desde los inicios del desarrollo de la psicología profunda y emanando la observación de que el hombre no es puramente una criatura racional-la mente- que antes había sido considerada exclusivamente como la fuente de la razón, se convierte ahora en el asiento del sucio inconsciente y en una

estructura que es capaz de ejercer su voluntad no solamente sobre el cuerpo sino sobre sí misma Fritz Perls (1976).

La mente puede reprimir pensamientos y recuerdos que considera ofensivos. Puede traspasar síntomas de un área del cuerpo a otra.

El pensar no es la única actividad mental a la que se refiere Fritz Perls (1976). Ya que la mente tiene además otras funciones. Tenemos la función de atención con esto queremos decir que nos concentraremos en base a la percepción sensorial.

Fritz Perls (1976) habla de la capacidad de darse cuenta "awareness" la cual podría describirse como la melliza desdibujada de la atención. El darse cuenta es más difuso que la atención, implica una percepción relajada en lugar de una percepción tensa, llevada a efecto por la persona.

Fritz Perls (1979) nos menciona la voluntad. Aquí el área de atención o darse cuenta es altamente restringida y la persona se focaliza en iniciar y llevar a cabo una serie de acciones dirigidas a lograr ciertos objetivos específicos. En cada una de esas actividades mentales, la relación entre lo que hacemos y lo que pensamos es muy clara. Cuando estamos conscientes de algo o focalizamos nuestra atención en ello, hay al menos algunas señales manifiestas por las cuales un espectador puede ver que estos procesos están operando Firtz Perls (1976).

Fritz Perls (1976) considera que el pensar incluye toda una gama de actividades. Soñar, imaginar, teorizar, anticipar, utilizar al máximo la capacidad de manejar símbolos, a toda esta actividad la llama fantasía en lugar de pensar. Él nos dice que tenemos la tendencia de darle la connotación de racional al pensar y de irracional al soñar y sin embargo ambas actividades son muy semejantes.

Fritz Perls (1976) quiso dejar bien claro que con usar la palabra fantasía, no estaba insinuando una actividad irreal, tétrica extraña o falsa. Para él la

actividad fantasiosa es aquella actividad del ser humano que mediante el uso de símbolos tiende a reproducir la realidad en una escala disminuida. Como actividad que implica el uso de símbolos, deriva de la realidad, ya que los símbolos mismos son inicialmente derivados de la realidad. Los símbolos comienzan como rótulos para los objetivos y los procesos; proliferan y crecen hasta llegar a ser rótulos de rótulos y rótulos de rótulos de rótulos. Incluso los símbolos jamás puedan aproximarse a la realidad pero comienzan en la realidad Fritz Perls (1976).

La actividad mental actúa, para el individuo, como ahorrador de tiempo, energía y trabajo cuando fantaseamos o dirigimos la atención a un problema utilizamos una pequeña parte de energía disponible internamente para producir una cantidad mayor de energía corporal o externa eficientemente distribuida.

Pensamos acerca de problemas en la fantasía para poder resolverlos en la realidad. La actividad mental parece ser actividad de la persona total que se lleva a cabo en un nivel energético inferior al de aquellas actividades que denominamos físicas. Las actividades que denominamos mentales requieren menos gasto de sustancia corporal que aquellas que denominamos físicas Fritz Perls (1976).

El organismo actúa y reacciona al ambiente con mayor o menor intensidad; a medida que la intensidad disminuye el comportamiento físico se convierte en comportamiento mental. A medida que la intensidad aumenta el comportamiento mental se convierte en comportamiento físico Fritz Perls (1976).

Nuestra capacidad de actuar en un nivel de intensidad disminuido es decir darse a una conducta mental es enormemente ventajoso no solo para la resolución de los problemas particulares del ser humano, sino que también sirve a toda la especie. El ahorro de energía que significa para el hombre el

pensar las cosas en lugar de hacerlas, puede usarse para enriquecer su vida. Puede fabricar y usar herramientas que le ayuden aún más ahorrar energía y por lo tanto le dan mayores oportunidades de enriquecimiento. Pero estas no son las únicas ventajas. La capacidad del hombre de abstraer y de combinar las abstracciones, su capacidad de inventar símbolos, de crear arte y ciencia, todas ellas están íntimamente relacionadas con su capacidad de fantasear Fritz Perls (1976).

La habilidad básica para crear y usar símbolos se fomenta con los productos reales del uso de símbolos. Cada generación hereda las fantasías de las generaciones anteriores y por lo tanto acumula mayor conocimiento y entendimiento Fritz Perls (1976).

Esta concepción de la vida humana y de la conducta que se considera compuesta de niveles de actividad, barre de una vez por todas con el paralelismo psico-físico, perturbador e insatisfactorio con que la psicología se ha estado enfrentando desde su nacimiento. Nos permite ver el lado mental y físico del comportamiento humano no como dos entidades independientes que podrían existir aparte de los seres humanos Fritz Perls (1976).

Esta doctrina contempla al ser humano tal cual es, como un todo, un entero y examina su comportamiento tal cual se manifiesta en el nivel aparente de la actividad física y en el nivel inaparente de la actividad mental. Una vez reconocido que los pensamientos y las acciones son hechos del mismo material, podemos traducirlos y transponerlos de un nivel a otro Fritz Perls (1976).

Así, fue como finalmente se llegó a introducir en la psicología el concepto del campo unificado –concepto holístico- que los científicos han esperado por largo tiempo y que los psicólogos han buscado a tientas.

En psicoterapia, este concepto nos da una herramienta para tratar con el hombre en su totalidad. Podemos ver cómo se implican las acciones mentales

y físicas. Podemos observar al hombre más agudamente y usar nuestras observaciones más significativamente Fritz Perls (1976).

Si la actividad física y la actividad mental son del mismo orden podemos observarlas ambas como manifestaciones de lo mismo: el ser del hombre. Ni el paciente ni el terapeuta están a lo que dice o piensa el paciente, ambos pueden tomar en cuenta lo que de hecho hace. Lo que hace es una clave de lo que piensa y lo que piensa da claves de lo que hace y lo que le gusta hacer Fritz Perls (1976).

Entre los niveles de pensar y hacer hay una etapa intermedia, la etapa de “jugar a” y en terapia, si observamos cuidadosamente, veremos que el paciente “juega a” muchas cosas. Con tan sólo conseguir que preste atención a sus acciones, a sus fantasías y a su representar roles, él mismo llegará a saber su significado. El mismo proveerá sus propias interpretaciones Fritz Perls (1976).

Por medio de la experiencia de sí mismo en los tres niveles del fantasear, del representar roles y del hacer irá llegando a un entendimiento de sí mismo. La psicoterapia deja de ser así una excavación del pasado en términos de represiones, conflictos edípicos y escenas primarias, sino que se convierte en una experiencia de vivir en el presente Fritz Perls (1976).

En esta situación de vida, el paciente aprende por sí mismo cómo integrar sus pensamientos, sus sentimientos y sus acciones ya no únicamente en la sala de consulta, sino en el transcurso de su vida cotidiana Fritz Perls (1976).

Siente que sus conflictos y sus asuntos inconclusos lo tienen hecho pedazos. Pero con el reconocimiento de que siendo humano es una totalidad, viene la habilidad de recobrar ese sentido de integridad que le pertenece por su patrimonio natural Fritz Perls (1976).

2.3.2 LIMITE DE CONTACTO

El individuo en todo momento es parte de algún campo ambiental. Su comportamiento es función del campo total que lo incluye tanto a él como a su ambiente. La naturaleza de la relación entre él y su ambiente determina su conducta. Si la relación es mutuamente satisfactoria, el comportamiento del individuo es lo que llamamos normal. Si la relación es conflictiva, el comportamiento del individuo es descrito como anormal Fritz Perls (1976).

El ambiente no crea al individuo, como tampoco el individuo crea al ambiente. Cada uno es lo que es: cada cual tiene su carácter particular debido a su relación consigo mismo, con el otro y con el todo Fritz Perls (1976).

El estudio del modo como el ser humano funciona en su ambiente es el estudio de aquello que ocurre en el límite de contacto entre el individuo y su ambiente. En este límite de contacto es donde ocurren los eventos psicológicos. Nuestros Pensamientos, nuestras acciones, nuestra conducta y nuestras emociones son nuestro modo de vivenciar y enfrentar los acontecimientos de límite de contacto Fritz Perls (1976).

El hombre actúa de acuerdo a dos sistemas, el sistema sensorial y el sistema motor. Pero el organismo contacta al mundo con los dos. Su sistema sensorial le da una orientación y su sistema motor le da los medios para manipular. Ninguno es función del otro, y ninguno es ni temporalmente ni lógicamente anterior al otro. Ambos son funciones del ser humano total Fritz Perls (1976).

El ambiente y el organismo están en una relación de reciprocidad. El organismo para satisfacer sus necesidades tiene que encontrar sus suplementos necesarios para su supervivencia en el ambiente. El sistema de orientación descubre lo que es requerido; todos los organismos vivos son notoriamente

capaces de percibir cuáles son los objetos externos que les satisfarán sus necesidades Fritz Perls

(1976)

Una vez que el sistema de orientación ha hecho su tarea, el organismo tiene que manipular el objeto que necesita de tal modo que el balance orgánico se restablezca, la gestalt se complete (estos conceptos son significativos en psicoterapia). Fritz Perls (1976)

El concepto de que la acción efectiva es acción dirigida hacia la satisfacción de la necesidad dominante, nos da una clave acerca del significado de las formas específicas de comportamiento y nos da una herramienta más para entender la neurosis. Si ocurriera que por alguna perturbación el proceso homeostático, el individuo es incapaz de percibir sus necesidades dominantes o de manipular el ambiente para lograr satisfacerlas, entonces se comportará de un modo desorganizado e inefectivo. Intentara hacer demasiadas cosas a la vez Fritz Perls (1976)

Fritz Perls (1976) nos dice que de acuerdo a su experiencia cuando un individuo tiene su atención dividida entre dos objetos de interés, no se puede concentrar adecuadamente en ninguno de ellos. Esta incapacidad de concentrarse es una queja muy frecuente en el neurótico. Cuando hay más de dos objetos que nos exigen atención o cuando el objeto de interés está desdibujado, nos sentimos confundidos. Al haber dos situaciones inconsistentes que requieren de nuestra atención hablamos de un conflicto. Si además estas son permanentes y aparentemente insolubles, los consideramos conflictos neuróticos

El neurótico ha perdido (o tal vez nunca tuvo) la capacidad de organizar su comportamiento de acuerdo a una jerarquía indispensable de necesidades. Literalmente no puede concentrarse. En terapia, tiene que aprender a distinguir de entre las miles de necesidades y cómo atenderlas sucesivamente. Tiene que aprender a descubrir y a identificarse con sus necesidades. Tiene que aprender cómo comprometerse totalmente con lo que esta haciendo y en todo

momento; cómo quedarse junto a una situación el tiempo suficiente para completar la gestalt y seguir adelante con otros asuntos Fritz Perls (1976)

Freud decía que los objetos en el mundo reciben una catexis. En términos Gestálticos diríamos que estos objetos se convierten en figuras. De aquellos que son deseables por que ayudan a satisfacer las necesidades del individuo y a restaurar su equilibrio perturbado, se dice que poseen una catexis positiva. Se dice que tienen catexis negativa aquellos objetos que son indeseables, amenazantes para el individuo, o tienden a perturbar su equilibrio, o no logran satisfacer sus necesidades Fritz Perls (1976)

El hombre vive suspendido entre la impaciencia y el miedo. La impaciencia es la base de la catexis positiva y el miedo es la base de todas las catexis negativas; es la experiencia que va en contra de la supervivencia. El miedo se vivencia como un peligro vago e indiferenciado; basta con que aparezca un objeto definido con el cual enfrentarse para que el miedo se constituya en temor. Al igual que la catexis positiva apunta hacia los elementos que sustentan la vida, así la catexis negativa apunta hacia el peligro, hacia el apoyo disminuido, o incluso hacia la muerte Fritz Perls (1976)

El individuo quiere apropiarse o ganarse aquellos objetos o personas en el ambiente que tienen una catexis positiva.

Hay personas que literalmente no ven lo que no quieren ver, no escuchan lo que no quieren escuchar, no sienten lo que no quieren sentir y todo esto con el único fin de dejar afuera lo que ellos consideran que es un peligro, aquellos objetos y situaciones que pudieran tener para ellos catexis negativa. La aniquilación mágica es un retirarse parcial, un sustituto para el retiro verdadero Fritz Perls (1976)

El retraerse o retirarse de una catexis negativa no es ni bueno ni malo sencillamente es un modo de enfrentar el peligro. Podemos saber si es o no patológico únicamente mediante la respuesta de algunas preguntas:

¿Retraerse de que? ¿Retraerse hacia qué?, y ¿retraerse por cuánto tiempo?
Fritz Perls (1976)

Una de las características del neurótico es que ni puede establecer un buen contacto ni puede organizar su retiro. Cuando debiera estar en contacto con su ambiente su mente está en otra cosa, de modo que no puede concentrarse. El insomnio es queja frecuente del neurótico, es un ejemplo de la incapacidad de retraerse y también lo es el aburrimiento.

El aburrimiento puede ocurrir cuando tratarnos de quedarnos en contacto con un objeto que no es de nuestro interés Fritz Perls (1976)

El contacto y el retiro son opuestos. Son descripciones de los modos como enfrentamos eventos psicológicos y son los modos que tenemos para tratar en el límite de contacto con objetos en el campo. En el campo organismo/ambiente, las catexis positivas y negativas (contacto y retiro) se comportan en forma muy similar a las fuerzas atractivas y aversivas del magnetismo. El campo total compuesto de organismo/ambiente es en sí una unidad diferenciada dialécticamente. Biológicamente se diferencia en organismo y ambiente; psicológicamente, en lo propio y lo otro; moralmente en egoísmo y altruismo, científicamente en subjetivo y objetivo etc. Fritz Perls (1976).

Fritz Perls menciona que cuando el objeto catexial, ya sea su catexis positiva o negativa, ha sido apropiado o aniquilado, contactado o alejado, o tratado de alguna manera satisfactoria para el individuo, entonces tanto él como la necesidad con la cual está asociada desaparecen del ambiente; se dice que la gestalt está cerrada. El objeto catexial y la necesidad tiene una relación casi matemática entre sí; la necesidad es un déficit, el objeto catexial es un (+). La suma algebraica, de la necesidad más el objeto catexial da por resultado cero.

Este “contactarse con” y “retirarse del” ambiente, esta aceptación y rechazo del ambiente, son las funciones más importantes de la personalidad integral. Son

los aspectos positivos y negativos de los procesos psicológicos mediante los cuales vivimos. Son opuestos dialécticos, forman parte de lo mismo, de la personalidad integral. Aquellos psicólogos que sostienen un concepto dualístico del hombre ven a estos opuestos naturales como fuerzas antagónicas que hacen pedazos al individuo. Fritz Perls por el contrario, los ve como aspectos diferentes de la misma cosa: la capacidad de discriminar.

Fritz Perls (1976) nos dice que el contactar el ambiente es en cierto sentido la formación de una gestalt. El retraerse es cerrarla completamente o bien reunir sus propias fuerzas para posibilitar el cerrar la gestalt.

Si el contacto es demasiado prolongado se torna inefectivo o doloroso; si el retiro es demasiado prolongado, llega a intervenir en el proceso de la vida. El contacto y el retiro, en su forma rítmica, son nuestros medios de satisfacer nuestras necesidades, de continuar los procesos siempre en transcurso que constituyen la vida misma. Con esto ya tenemos la jerarquía de necesidades, el equipo necesario sensorial y motor para satisfacerlas, las catexis negativas y positivas del campo, el contacto y el retiro, la impaciencia y el miedo Fritz Perls (1976).

Fritz Perls (1976) Nos dice que la fuerza básica que energiza toda nuestra acción es la emoción y que aunque la psiquiatría moderna trata las emociones como excedentes molestos que tienen que ser descargados, las emociones son nuestra vida misma.

Para Fritz Perls (1976) interpretar las emociones es una pérdida de tiempo, porque las emociones son el lenguaje mismo del organismo; ellas modifican la excitación básica de acuerdo a la situación ante la cual nos encontramos. La excitación se transforma en emociones específicas y a su vez las emociones son transformadas en acciones sensoriales y motoras. Las emociones energizan la catexis y movilizan los medios que tenemos para satisfacer nuestras necesidades.

2.4 NEUROSIS

Anteriormente se describía a la neurosis como la enfermedad que surge cuando de alguna manera el individuo interrumpe los procesos en el transcurso de su vida, cargándose a sí mismo con tantas situaciones inconclusas que llega un momento en que no puede continuar con el proceso de vivir. Para Fritz Perls el ritmo de contacto-retiro está descompuesto. No puede decidir por sí mismo cuándo participar y cuándo retirarse, porque todos los asuntos inconclusos de su vida, todas las interrupciones de los procesos en transcurso, han perturbado su sentido de la orientación y ya no puede distinguir entre aquellos objetos o personas en el ambiente que tienen una catexis positiva, de aquellos que tienen una catexis negativa; ya no sabe ni cuándo ni de qué retirarse.

El neurótico ha perdido su libertad de elección, no puede escoger medios apropiados para cumplir sus metas, porque ya no tiene la capacidad de ver las opciones que tiene por delante Fritz Perls (1976).

Fritz Perls (1976) en su enfoque gestáltico considera al individuo como una función del campo organismo/ambiente y su conducta como reflejo de sus relaciones dentro de este campo, da coherencia a la concepción del hombre como individuo y como ser social.

Las psicologías más antiguas describían la vida humana como un conflicto constante entre el individuo y su ambiente. En el enfoque gestáltico se ve como la interacción entre ambos, el individuo y su ambiente en el marco de un campo continuamente en cambio Fritz Perls (1976).

El hombre nació con un sentido de equilibrio social y psicológico tan agudo como su sentido de equilibrio físico. Cada movimiento que realiza en el plano

psicológico o social es un movimiento dirigido a encontrar ese balance, a establecer el equilibrio entre sus necesidades personales y las exigencias de su sociedad. Sus dificultades no surgen de su deseo de rechazar tal equilibrio, sino de movimientos mal dirigidos a hallarlo y a mantenerlo Fritz Perls (1976).

Cuando estos movimientos lo llevan a un conflicto severo con la sociedad porque en su búsqueda del límite de contacto (el punto de equilibrio) se ha propasado trasgrediendo los límites de aquélla, lo denominamos criminal. Siendo éste el que toma para sí que tradicionalmente se definen como prerrogativas del estado. El hombre que indebidamente se da estas funciones a sí mismo es, en nuestra sociedad un criminal Fritz PERLS (1976).

Fritz Perls (1976) nos dice que cuando, por el contrario, la búsqueda del equilibrio lo lleva a hacerse cada vez más a un lado, permitiendo que la sociedad obre con demasiado peso sobre él, que lo sobrecargue con sus exigencias alejándolo al mismo tiempo del vivir social, a empujarlo y moderarlo pasivamente, lo denominamos neurótico. No puede distinguir adecuadamente entre él mismo y el resto del mundo y tiende a ver a la sociedad más grande que la vida y a sí mismo más pequeño.

Para Fritz Perls (1976) el desbalance surge cuando el individuo y el grupo experimentan, simultáneamente necesidades diferentes y el individuo es incapaz de distinguir cuál es la necesidad dominante. El grupo puede ser la familia, el estado, el círculo social, los colegas, cualquiera y todas las combinaciones posibles de personas que tienen una relación funcional particular en un momento dado. El individuo que forma parte de este grupo vivencia su necesidad de contacto con él como uno de sus impulsos psicológicos de supervivencia más importantes, aunque no sienta esta necesidad con la misma agudeza en todo momento.

Fritz Perls (1976) nos dice que cuando al mismo tiempo siente el individuo una necesidad personal, que para satisfacerla requiere retiro del grupo surgen los problemas. En la situación de conflicto de necesidades el individuo tiene que ser capaz de tomar una decisión precisa. Cuando no puede discriminar, cuando no puede tomar una decisión o sentirse satisfecho con la decisión que ha tomado, ni hace buen contacto ni se retrae adecuadamente y ambos-ambiente-sujeto se ven afectados.

Los mecanismos de perturbación de límite que Fritz Perls encuentra en la neurosis son:

- Introyección
- Proyección
- Confluencia
- Retroflexión

Para Fritz Perls (1976) todas las perturbaciones neuróticas surgen de la incapacidad del individuo por encontrar y mantener el balance adecuado entre él mismo y el resto del mundo. El neurótico es el hombre sobre el cual la sociedad actúa con demasiada fuerza. Su neurosis es una maniobra defensiva para protegerse a sí mismo de la amenaza de ser aplastado por un mundo avasallador. La neurosis es su técnica más efectiva para mantener su balance y su sentido de auto-regulación en una situación en la cual siente que la suerte no le favorece.

2.5 TERAPIA GESTÁLTICA

Hay tres premisas que fundamentan la gestalt como una terapia con sus aplicaciones en el campo de la psicología clínica:

a).- Darse cuenta, que tiene que ver con el “que” y el “como” de la conducta y no con el “porque”. Sólo cuando el individuo se da cuenta de lo que hace y de cómo lo hace podrá cambiar su conducta. Esto introduce un cambio sustancial en el modo de concebir al paciente, el cual pasa de echar la culpa de lo que lo

sucede a algo o alguien externo a hacerse responsable de sus conductas y de sus consecuencias, (psicologianline 2001).

b).- Homeostasis como ya mencionamos anteriormente, Perls la identificó como autorregulación orgánica y lo definió como el proceso mediante el cual el organismo interactúa con el ambiente para mantener el equilibrio.

(psicología-online, 2001).

c).- El contacto como ya lo mencionamos también anteriormente y va implícito en la anterior premisa de homeostasis. El contacto es imprescindible para el crecimiento y el desarrollo del ser humano.

(psicología-online, 2001)

La salud y la enfermedad vendrán determinadas, por una alteración en cualquiera de estas tres expresiones del ser humano. A partir de esa concepción, la persona que asiste a terapia ya no es un enfermo irrecuperable y la enfermedad no es una fijación en una etapa infantil, sino un desajuste en el intercambio con el ambiente.

(psicología-online, 2001)

2.5.1 OBJETIVOS DE LA TERAPIA GESTALT

- ❖ Pasar del apoyo externo al autoapoyo
- ❖ Aprender a darse cuenta de lo que hace y cómo lo hace (autorresponsabilidad).
- ❖ Lograr la mayor integración posible, ya que esto facilita el crecimiento y desarrollo del individuo.
- ❖ Fomentar en el paciente una actitud activa y responsable que le permita aprender a observar sus conductas y a experimentar otras nuevas.
- ❖ (psicología-online, 2001)

Para Perls la persona es una gestalt, viendo al hombre como un todo, un organismo unificado, estructurado de una manera significativa. Con una visión holística la terapia gestáltica postula que la enfermedad y la salud afectan a la persona en su totalidad y no al ámbito psíquico o físico por separado.

[Http://www.nuevaseras.com/Articulos/txtescuelaterapeutica.html](http://www.nuevaseras.com/Articulos/txtescuelaterapeutica.html)

La clave de la terapia gestáltica es el “aquí y ahora” y el darse cuenta, para poder enfrentar los conflictos o asuntos inconclusos, las gestalt que quieren ser completadas, y el uso de diversas técnicas en las que incluye el trabajo corporal.

(nuevaseras, 2006).

2.5.2 El Darse Cuenta (Awareness) es entrar en contacto natural, espontáneo, en el aquí y ahora, con lo que uno es, siente y percibe. Existen tres zonas de darse cuenta:

a).- El darse cuenta del mundo exterior: contacto sensorial con objetos y eventos que se encuentran fuera de uno en el presente; lo que en este momento veo, toco palpo, degusto o huelo. Es lo obvio, lo que se presenta de por sí ante nosotros.

(nuevaseras, 2006)

b).- Darse cuenta del mundo interior: Es el contacto sensorial actual con eventos internos, con lo que ocurre sobre y debajo de nuestra piel. Tensiones musculares, movimientos, sensaciones molestas, escozores, temblores, sudoración, respiración etc., (nuevaseras, 2006).

c).- El darse cuenta de la fantasía, la zona intermedia (zim): Esto incluye toda la actividad mental que transcurre más allá del presente: todo el explicar, imaginar, adivinar, pensar, planificar, recordar el pasado, anticiparse al futuro etc, (nuevaseras, 2006).

2.5.3 EL AQUÍ Y EL AHORA

El Aquí

Es realmente difícil aceptar que todo existe en el presente momentáneo. El pasado existe e importa tan sólo como parte de la realidad presente; cosas y recuerdos acerca de los cuales se piensa ahora como pertenecientes al pasado. La idea del pasado es útil algunas veces, pero al mismo tiempo no se debe perder de vista eso, que es una idea, una fantasía que se tiene ahora. Nuestra idea del futuro es también una ficción irreal, aunque algunas veces de utilidad, cuando lo asumimos como un ensayo y solo como eso. Tanto nuestra idea del futuro como nuestra concepción del pasado se basa en nuestra comprensión del presente. El pasado y el futuro son nuestras concepciones acerca de lo que precedió al momento presente y lo que presajiamos que seguirá a lo actual. Y todo este adivinar ocurre ahora.

(nuevaseras, 2006)

El Ahora

Es el presente, aquello de lo que me doy cuenta. Ya sea que estamos recordando o anticipando, lo estamos haciendo ahora. El pasado ya fue, el futuro aún no llega. Es imposible que nada exista excepto el presente.

(nuevaseras, 2006)

En síntesis, la Terapia Gestalt persigue:

- ❖ Vivir en el ahora
- ❖ Vivir en el aquí
- ❖ Dejar de imaginar y fantasear en exceso sustituyendo al contacto real.
- ❖ Dejar de pensar innecesariamente sustituyendo a la acción
- ❖ Dejar de aparentar o jugar al “como si”.
- ❖ Expresarse o comunicar
- ❖ Sentir las cosas desagradables y el dolor.

- ❖ No aceptar ningún “debería”, más que los propios, impuestos por uno mismo en base a nuestras necesidades y experiencias.
- ❖ Tomar completa responsabilidad de las acciones, sentimientos, emociones y pensamientos propios.
- ❖ Sea lo que Ud. es... sin importar lo que Ud. sea. (nuevaseras, 2006).
- ❖ Claudio Naranjo (1990) menciona que en la terapia gestáltica existe una actitud de respeto por la enfermedad de la persona más que un intento de efectuar cambios, su postura esta basada en aceptar a la persona tal como es. La aceptación (en la forma de auto-aceptación) lleva al crecimiento y no al estancamiento.

La terapia gestáltica se distingue por lo que evita hacer y no por lo que hace. Sostiene que basta con estar consciente; que para que se produzca un cambio nada más se necesita presencia, estar consciente y responsabilidad Claudio Naranjo (1990).

2.5.4 CAMBIAMOS EL “PORQUE” POR EL “COMO”

Al preguntar por qué lo único que se consigue es alguna racionalización o “explicación”. El por qué acarrea una explicación ingeniosa, jamás un entendimiento cabal. Además nos aleja del aquí y ahora y nos introduce en el mundo de la fantasía; nos saca de lo obvio para teorizar. (nuevaseras, 2006)

Perls consideraba que las palabras, cuando se utilizan para “explicar” y alejarse de lo evidente o de la realidad, son más una carga que algo útil. El las comparaba con el excremento. (Monografías, 2006)

Si se hace la pregunta por el cómo, estamos mirando la estructura, viendo lo que ocurre, lo obvio; preocupándose por un entendimiento más profundo del proceso.

El cómo nos da perspectiva, orientación. El cómo nos muestra que una de las leyes básicas, la de la identidad de estructura y función, es válida. Si cambiamos las estructuras, la función cambia. Si cambiamos la función, la estructura cambia.

Los pilares sobre los que se apoya el Enfoque Gestáltico son: el aquí y ahora y el cómo. Su esencia está en la comprensión de estas dos palabras. Vivir en el ahora tratando de darnos cuenta cómo lo hacemos.

(mundogestalt, 2007).

En la Terapia Gestáltica se busca lograr que las personas se desenmascaren frente a los demás y para conseguirlo tienen que arriesgarse a compartir sobre sí mismos; que experimenten lo presente, tanto en la fantasía como en la realidad, en base a actividades y experimentos vivenciales. El trabajo se especializa en explorar el territorio afectivo más que el de las intelectualizaciones (zim). Se pretende que los participantes tomen conciencia de su cuerpo y de cada uno de sus sentidos.

(nueveseras, 2006)

La filosofía implícita en las reglas es proporcionarnos medios eficaces para unificar pensamiento y sentimiento. Tienen por designio ayudarnos a sacar a la luz las resistencias, a promover una mayor toma de conciencia, a facilitar el proceso de maduración. Se busca también ejercitar la responsabilidad individual, la "semántica de la responsabilidad".

Algunas de estas reglas pueden ser aplicadas como pautas para la terapia individual; sin embargo, su empleo principal se da en la terapia de grupo, en los grupos de encuentro.

(nuevaseras, 2006)

2.5.5 REGLAS DE LA TERAPIA GESTALT

1).- El principio del ahora: Este es uno de los principios más vigorosos y más fecundos de la Terapia Gestáltica (TG). Con el fin de fomentar la conciencia del

ahora, y facilitar así el darse cuenta, sugerimos a la gente que comunique sus experiencias en tiempo presente. La forma más efectiva de reintegrar a la personalidad las experiencias pasadas es traerlas al presente, actualizarlas.

Hacer que el sujeto se sitúe allí en fantasía y que haga de cuenta que lo pasado está ocurriendo ahora. Para ello hacemos preguntas como las siguientes: ¿De qué tienes conciencia en este momento? ¿De que te das cuenta ahora? ¿A que le tienes miedo ahora? ¿Qué estas evitando actualmente? ¿Cómo te sientes en este momento? ¿Qué deseas?

2).- La relación Yo-Tú: Con este principio este principio procuramos expresar la idea de que la verdadera comunicación incluye tanto al receptor como al emisor. Al preguntar ¿A quién le estás diciendo eso? Se le obliga al sujeto a enfrentar su renuncia a enviar el mensaje directamente al receptor, al otro.

De este modo suele solicitársele al paciente que mencione el nombre de la otra persona; que le haga preguntas directas ante cualquier duda o curiosidad; que le exprese su estado de ánimo o su desacuerdo etc. Se busca que tome conciencia de la diferencia que hay entre “hablarle a” su interlocutor y “hablar” delante de él ¿En qué medida estás evitando tocarlo con tus palabras? ¿Cómo esta evitación fóbica para el contacto se expresa en tus gestos, en el tono de tu voz, en el rehuir su mirada?

3).- Asumir la propiedad del lenguaje y la conducta, o sea, responsabilizarse de lo que se dice y/o se hace. Esto se vincula directamente con el lenguaje personal e impersonal.

Es común que para referirnos a nuestro cuerpo, a nuestras acciones o emociones, utilicemos la 2° ó 3° persona. “Me causa pena” en lugar de “Yo siento pena”; “Mi cuerpo esta tenso” en lugar de “Yo estoy tenso”, etc. Merced al simple recurso de convertir el lenguaje impersonal en personal aprendemos a identificar mejor la conducta y a asumir la responsabilidad por ella.

Como consecuencia, es más probable que el individuo se vea más como un ser activo, que “hace cosas”, en lugar de creerse un sujeto pasivo, al que “le suceden cosas”. Las implicancias para la salud mental y para dejar atrás nuestras “neurosis” son obvias.

4).- En Gestalt está prohibido decir “no puedo”; en su lugar se debe decir “no quiero”, esto es, ser asertivo. Ello debido a que muchas veces el sujeto se niega a actuar, a experimentar, a entrar en contacto, descalificándose antes de intentarlo siquiera. No se puede obligar a la persona a hacer algo que no desea, pero si se le puede exigir responsabilidad, a asumir las consecuencias de su decisión evasiva, para lo cual un honesto “no quiero” es lo más adecuado. Del mismo modo, también deben evitarse o hacer que el paciente se de cuenta de sus “peros”, “por qué”, “no sé”, etc. Hay que recordar que en el ser humano el lenguaje es uno de los medios de evitación por excelencia: se puede hablar de todo y no entrar en contacto con nada, poner entre nosotros y la realidad una muralla de palabras.

5).- El continuum del darse cuenta: El dejar libre paso a las experiencias presentes, sin juzgarlas ni criticarlas, es algo imprescindible para integrar las diversas partes de la personalidad. No buscar grandes descubrimientos en uno mismo, no “empujar el río”, sino dejar fluir solo, libremente.

6).- No murmurar: Toda comunicación, incluso las que se supone son “privadas” o que “no interesan al grupo”, debe ventilarse abiertamente en él o en su defecto evitarse. Las murmuraciones, los cuchicheos sobre los demás, las risitas cómplices, son evitaciones, formas de rehuir el contacto, además de faltar el respeto al grupo e ir en contra su cohesión al establecer temas “que no le competen” en su presencia. Esta regla tiene por fin el promover sentimientos e impedir la evitación de sentimientos.

7).- Traducir las preguntas en afirmaciones; salvo cuando se trata de datos muy concretos. Preguntas como “¿Puedo ir al baño? ¿Me puedo cambiar de sitio? ¿Me puedo ir?, etc., deben ser traducidas como “Quiero ir al baño”; Me quiero cambiar de sitio; Me quiero ir”. Así, el preguntón asume su responsabilidad y las consecuencias de lo que afirma, en lugar de adoptar una postura pasiva y de proyectar su responsabilidad en el otro, a fin de que él le dé la autorización.

8.- Prestar atención al modo en que se atiende a los demás. ¿A quien le prestamos atención? ¿A quién ignoramos?, etc.

9).- No interpretar ni buscar “la causa real” de lo que el otro dice. Simplemente escuchar y darse cuenta de lo que uno siente en función de dicho contacto.

10).- Prestar atención a la propia experiencia física, así como a los cambios de postura y gestos de los demás. Compartir con el otro lo que se observa, lo obvio, mediante la fórmula de “ahora me doy cuenta” de...”

11).- Aceptar el experimento de turno; correr el riesgo al participar en la discusión.

12.- Considerar, aunque no se haga explícito, que todo lo dicho y vivido en el grupo es estrictamente confidencial.

(nuevaseras, 2006).

2.6 TECNICAS DE LA GESTALT

En la Terapia Gestáltica se trabaja con tres clases de técnicas básicamente:

- a).- Técnicas Supresivas
- b).- Técnicas Expresivas
- c).- Técnicas Integrativas

a).-Las Técnicas Supresivas: Pretenden básicamente evitar o suprimir los intentos de evasión del cliente del aquí/ahora y de su experiencia; es decir, se busca con ello que el sujeto experimente lo que no quiere o lo oculto a fin de facilitar su darse cuenta.

Entre las principales supresivas tenemos:

- Experimentar la nada o el vacío, tratando de que el “vacío estéril se convierta en vacío fértil”; no huir del sentimiento de vacío, integrarlo al sí mismo, vivirlo y ver que surge de él.

- Evitar “hablar acerca de”, como una forma de escape a lo que es. El hablar debe sustituirse por el vivenciar.
- Detectar los “deberías” y antes que suprimirlos es mejor tratar de determinar qué puede haber detrás de ellos. Los “deberías” al igual que el “hablar acerca de” son formas de no ver lo que se es.
- Detectar las diversas formas de manipulación y los juegos o roles “como si” que se desempeñan en terapia. También, antes que suprimirlos es mejor vivenciarlos, hacer que el sujeto se de cuenta de ellos y del rol que juegan en su vida. Entre las principales formas de manipular podemos hallar: las preguntas, las respuestas, pedir permiso y las demandas. (nuevaseras, 2006)

b).- Las Técnicas Expresivas: Se busca que el sujeto exteriorice lo interior, que se de cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida pero que no percibía.

Se buscan tres cosas básicamente:

Expresar lo no expresado:

- Maximizar la expresión, dándole al sujeto un contexto no estructurado para que se confronte consigo mismo y se haga responsable de lo que es. Se puede trabajar con inducciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras, para que afloren temores, situaciones inconclusas. También se puede minimizar la acción no expresiva
- Pedir al cliente que exprese lo que está sintiendo.
- Hacer la ronda, que el sujeto exprese lo que quiera a cada miembro del grupo o se le da una frase para que la repita a cada uno y experimente lo que siente.

Terminar o completar la expresión:

Aquí se busca detectar las situaciones inconclusas, las cosas que no se dijeron pero pudieron decirse o hacerse y que ahora pesan en la vida del cliente. Una de las técnicas más conocidas es la "silla vacía", es decir, trabajar imaginariamente los problemas que el sujeto tiene con personas vivas o muertas utilizando el juego de roles. También se pueden utilizar inducciones imaginarias para reconstruir la situación y vivirla nuevamente de manera más sana, expresando y experimentando todo lo que se evitó la primera vez.

Buscar la dirección y hacer la expresión directa.

- ❖ Repetición: La intención de esta técnica es buscar que el sujeto se percate de alguna acción o frase que pudiera ser de importancia y que se de cuenta de su significado.
- ❖ Exageración y desarrollo: Es ir más allá de la simple repetición, tratando de que el sujeto ponga más énfasis en lo que dice o hace, cargándolo emocionalmente e incrementando su satisfacción de las necesidades: no seas agresivo, conserva tu virginidad, a la madre no se le dice eso...bla, bla, bla. Importante: detrás de todo introyecto hay figuras importantes para nosotros y gestalt inconclusas en relación a ellas. Su frase es "Debo pensarlo o hacerlo así".
(nuevaseras, 2006).

La retroflexión Fritz Perls (1970), se da entre movilización de energía y acción. Es lo contrario a la proyección. El sujeto no se atreve a actuar sus deseos o impulsos por la acción nuevamente de los introyectos, así que se los dirige a sí mismo por ser esto menos peligroso: Se autoagrede deprimiéndose; desarrolla trastornos psicósomáticos; se desvaloriza etc. Su frase es "Me odio para no odiarte".

La deflexión (Laura Perls) se da entre acción y contacto. Consiste en establecer un contacto frío, inocuo, no amenazante; como si se tocaran las cosas con guantes o pinzas para no sufrir daño o quemarse. Es también expresión atemperada de las emociones: hacerlo "educadamente". No se insulta...se ironiza o se hacen chistes; no se reclama o lucha por lo propio...uno se resiste; no se ama...se "estima". A nivel verbal es bastante claro; los eufemismos son una muestra evidente de la hipocresía reflexiva:

falleció por murió; hacer el amor por fornicar etc. Otras formas es hacerse el cínico, el indiferente, el intelectual, racionalizarlo todo. Su frase es “tiro la piedra y escondo la mano”.

La confluencia (F. Perls), también se da entre acción y contacto. El sujeto para ser aceptado o no entra en discusión con figuras importantes simplemente se mimetiza a ellas; debilita los límites de su Yo para fusionarse al otro. Se adoptan así, sin crítica ni cuestionamientos, ideas, estilos de vida ajenos. Se adopta una postura cómoda donde se abdica de la propia responsabilidad, de la capacidad de tomar decisiones, para siempre “estar de acuerdo”. Los confluente son personas sin carácter ni personalidad” “pasivas”, que practican la desesperanza aprendida o la identificación con el agresor temido. Su frase es “Acéptame, no discuto”.

(nuevaseras, 2006).

c).- Técnicas Integrativas: Se busca con estas técnicas que el sujeto incorpore o reintegre a su personalidad sus partes alienadas, sus hoyos. Aunque las técnicas supresivas y expresivas son también integrativas de algún modo, aquí se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia.

- El encuentro intrapersonal: Consiste en que el sujeto mantenga un diálogo explícito, vivo, con las diversas partes de su ser; entre los diversos subyos intra-psíquicos. Por ejemplo entre el “yo debería” y el “yo quiero”, su lado femenino con el masculino, su lado pasivo con el activo, el risueño y el serio, el perro de arriba con el perro de abajo, etc. Se puede utilizar como técnica la “silla vacía” intercambiando los roles hasta integrar ambas partes en conflicto.
- Asimilación de proyecciones: Se busca aquí que el sujeto reconozca como propias las proyecciones que emite. Para ello se le puede pedir que él haga de cuenta que vive lo proyectado, que experimente su proyección como si fuera realmente suya. Ejemplo:

P: “Mi madre me odia”

T: “Imagina que eres tú quien odia a tu madre; ¿cómo te sientes con ese sentimiento?

¿Honestamente puedes reconocer que ese sentimiento es tuyo realmente?

Es importante recordar que estos procedimientos o técnicas son sólo un apoyo para lograr los objetivos terapéuticos, pero que no constituyen en sí la Terapia Gestalt. Lo importante, lo realmente terapéutico, es la “actitud gestáltica” que se adopte, el reconocimiento de la importancia de proceso, y el respeto por el ritmo individual del cliente. No empujar el río, dejarlo ser. Tampoco aplicar las técnicas estereotipadamente, son asimilar la filosofía implícita en el Enfoque Gestalt.

(nuevaseras, 2006).

2.8.- APLICACIONES DE LA TERAPIA GESTALT

Mientras un organismo viviente esté aún con vida, algo se puede hacer por él. La relación entre dos organismos vivientes (terapeuta- paciente) que se encuentran en interrelación emocional es a menudo minimizada, olvidada, negada donde solamente uno de ellos está implicado Celedonio Castanedo (1988).

Celedonio Castanedo (1988), menciona que en los enfoques existenciales lo importante se sitúa en la relación, la comunicación, el contacto y las interacciones de la persona con su medio.

Hablar de indicaciones y contraindicaciones supone tomar en consideración las tres dimensiones en juego: el cliente, el terapeuta y el medio. Estos tres elementos se sitúan unos en relación con otros. Determinando el tipo de contacto, que establecen y la interacción que se da entre ellos, se llega a especificar la intervención terapéutica Celedonio Castanedo (1988).

En Terapia Gestalt es importante que el terapeuta tenga conciencia de sus propias fuerzas y debilidades, sus limitaciones como persona antes que terapeuta. Un buen terapeuta no es precisamente aquel que puede trabajar con cualquier paciente, sino aquel que en función de su personalidad, de sus intereses y de sus motivaciones, reconoce con qué tipo de persona es capaz de vibrar, de sentirse mejor, de estar más cómodo Celedonio Castanedo (1988).

Todo terapeuta debe haber pasado él mismo por un proceso de terapia personal que le haya puesto en contacto con su propio potencial, y que le permita desarrollar ese potencial en el proceso de psicoterapia que aplica a su cliente Celedonio Castanedo (1988).

En la terapia, el cliente debe estar informado, motivado; se establece con él un contrato sobre el tiempo de las sesiones y su frecuencia, el lugar donde se llevarán a cabo las mismas, el tipo de trabajo y la integración de la psicoterapia en el plan general del tratamiento Celedonio Castanedo (1988).

A los que menos se les ha aplicado la Terapia Gestalt ha sido a las personas que padecen estados delirantes agudos, los esquizofrénicos crónicos y los deficientes mentales Celedonio Castanedo (1988).

La Terapia Gestalt se puede aplicar a personas que presentan trastornos muy diversos, siempre que se tengan en cuenta estos dos criterios:

a).- Que la psicoterapia Gestalt o su aplicación concreta se adapte al tipo de psicopatología con que se trabaje.

b).- Que el terapeuta se encuentre bien, en interrelación y en contacto emocional, con el tipo de psicopatología que trabaje.

Celedonio Castanedo (1988).

En forma general la Terapia Gestalt es un enfoque de interrelación que se centra en el contacto; por lo tanto, la regla fundamental consiste en trabajar a partir del contacto. La creatividad reside en adaptar la psicoterapia a la situación Celedonio Castanedo (1988).

PROPUESTA DE UN TALLER PARA PERSONAS DE AMBOS SEXOS QUE PADECEN DEPRESION DESDE UN ENFOQUE EXISTENCIAL HUMANISTA GESTALT.

JUSTIFICACION

La depresión es un problema actual a nivel mundial que afecta a la población en general ya que no es detectada a veces oportunamente por el médico tratante, ni por el paciente por falta de conocimiento.

Para el médico tratante, diagnosticar la depresión ha sido un problema, porque éste no se encuentra a veces capacitado para tratarla o diagnosticarla y así poder dar un tratamiento adecuado.

Actualmente la clasificación de la depresión no está totalmente resuelta y esto ocasiona algunos problemas y confusión en su diagnóstico.

En México el 5% de la población sufre depresión, y en el mundo 150 millones de personas tienen este mismo padecimiento, afirmó la coordinadora del Programa de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, Silvia Ortiz.

[\(esquizo, 2006\)](#)

La depresión es la tercera enfermedad más frecuente dentro de los trastornos mentales, en México alrededor de cinco millones de personas la padecen.

El porcentaje de mujeres que la padecen es del 5.8% y de los hombres de 2.5 %.

Conforme se incrementa la edad la depresión crece en ambos sexos, siendo del 4% en mujeres menores de 40 años y en mayores de 60 años el 9.5% mientras que en hombres la prevalencia fue de 1.6 % en menores de 40 años y 5% en adultos mayores.

Sin embargo, más de 2.5 millones de mujeres mayores de 18 años presentaron eventos depresivos durante el último año y de ellas sólo el 27 % fueron diagnosticadas por un médico y sólo el 8% recibieron tratamiento médico.

Con respecto a los hombres, más de 800 mil mayores de 18 años presentaron depresión, pero sólo el 19% de ellos fueron diagnosticados y 6.1 fueron atendidos.

Lo que demuestra que en gran medida el problema de la depresión no sólo es su frecuencia sino la falta de información al respecto y en consecuencia la falta de tratamientos adecuados.

[\(Crónica, 2006\)](#)

Debido a que la depresión afecta las relaciones familiares, rendimiento laboral, relaciones de pareja, rendimiento escolar, problemas con el apetito, problemas para dormir, la calidad de vida se deteriora, se vuelve una situación de urgencia psicológica que debe de ser tratada, por lo cual se propone un taller desde el Enfoque Existencial Humanista Gestalt para personas que padecen depresión, con el fin de brindar apoyo terapéutico.

OBJETIVO GENERAL:

Que las personas identifiquen, ¿que es la depresión? sus síntomas y sus posibles causas; así como también que a través del taller se den cuenta que hay posibilidades terapéuticas para su padecimiento..

Escenario:

- El taller se llevará a cabo en un salón amplio, iluminado y ventilado

Población

- Se sugieren géneros diversos
- Grupo de 10 personas, hombres y mujeres con depresión.
- Edad mínima de 18 años y una máxima de 55 años
- Que sepan leer y escribir
- Sin importar el nivel socio-económico y cultural.

Sesiones:

- El taller constara de 10 sesiones
- Con una duración de 2 hrs. cada una

Materiales:

- Una mesa grande
- Sillas
- Pizarrón
- Hojas
- Lápices
- Cuestionario
- Un proyector
- Películas (estas serán seleccionadas de acuerdo al tema que se vaya dando).
- Radiograbadora
- CDs de música relajante

SESIÓN 1

- Objetivo específico: Que los participantes conozcan acerca del padecimiento de depresión
- Se les dará una bienvenida.
- Tema. “La depresión”
- Material: 11 silla
- Actividades: Dinámica grupal, presentación de los participantes (para romper el hielo). Se les pedirá a los participantes que hagan un círculo y hagan una presentación cada uno de ellos, y hablen un poco de su vida personal. Posteriormente se hablara sobre el tema, pidiéndoles que dialoguen ¿Qué es para ellos la depresión?

- A continuación se hará un ejercicio “Espejo” (viaje imaginario)

Imaginen ahora que están en un cuarto muy oscuro. Todavía no pueden ver nada, pero hay un gran espejo frente suyo. A medida que el cuarto se vaya iluminando, estarán en condiciones de ver una imagen suya reflejada en el espejo. Esta imagen puede ser completamente diferente de la que habitualmente ven o puede no serlo. Miren simplemente en la oscuridad y dejen que surja esa imagen a medida que la luz crece con intensidad ...Finalmente estarán en condiciones de verla clara...¿Cómo es esa imagen?...¿Cómo es su postura?...¿Cómo se mueve?...¿Cómo es su expresión facial?...¿Qué sentimiento o actitud expresa esta imagen?...¿Cómo se siente hacia esta imagen?

Ahora hablele en silencio e imaginen que ella puede hablarles ...¿Qué le dicen ustedes a la imagen y qué le responden a ésta?...¿Cómo se sienten mientras hablan con la imagen?

Cambien ahora de lugar y conviértanse en la imagen del espejo. Siendo imagen, ¿cómo son ustedes... y cómo se sienten? ...Como imagen, ¿qué se dicen a ustedes mismos mientras continúan el diálogo entre ustedes?...Comenten la relación entre ustedes dos ...Vean si pueden descubrir algo más respecto a la experiencia de ser esa imagen ...Continúen la conversación entre ella y ustedes mismos durante un

rato y vean que otra cosa pueden descubrir y prosigan con el diálogo y la interacción entre ustedes.

Ahora conviértanse nuevamente en ustedes mismos y miren otra vez la imagen en el espejo... ¿Cómo se sienten respecto a ella?... ¿Hay algunos cambios ahora en relación a la primera visión de la imagen?... ¿Hay alguna cosa que quieran decirle a la imagen antes de despedirse de ella... Lentamente, ahora, despídanse de la imagen... y regrese a su existencia en este cuarto. Permanezcan tranquilamente con su experiencia durante un rato.

➤ Comentarios

SESION 2

- Objetivo Específico: Que los participantes identifiquen los diferentes tipos de depresión.
- Tema: Tipos de depresión.
- Material: Un proyector y 11 sillas.
- Actividad: Proyección de película "Betty Blue"
- Comentarios: Que los participantes comenten o discutan los tipos de depresión y que comenten el comportamiento del personaje principal de la película.

SESION: 3

- Objetivo específico: Que los participantes tengan contacto con su cuerpo
- Tema: “Tensiones”
- Material: Una mesa con 11 sillas.
- Actividad: Se les pedirá a los participantes que cierren los ojos y que tomen contacto con su propio cuerpo. Si sienten alguna tensión que localicen en alguna parte específica de su cuerpo, se les pide que trabajen metafóricamente con ella. Es decir: ¿Qué significa esa tensión en tu vida? ¿Se refiere a tu relación interpersonal con alguna persona afectivamente cercana a ti? Conviértete en el lugar donde focalizas la tensión. Habla con esa parte que es parte tuya. ¿Qué te dice esa parte? Sigue dialogando con esa parte en tensión hasta que esta o el dolor localizado en tu cuerpo desaparezca.
- Comentarios: que los participantes comenten que relación tiene esa tensión que sienten en esa parte de su cuerpo en relación con su depresión.

SESION: 4

- Objetivo específico: Que los participantes se den cuenta a que le tienen miedo.
- Tema: “Darse cuenta” de sus miedos.
- Material: Una mesa grande con 11 sillas y un pizarrón, hojas y lápices.
- Actividad: Se les pedirá a los participantes que elaboren una lista o dibujen a lo que le tienen miedo y posteriormente, cada participante comentará lo que escribió o lo que dibujó y de manera voluntaria nos comentará porque o como es que tiene miedo. Sentados o recostados, se les pedirá que cierren los ojos y se pongan en contacto con lo que dibujaron, ¿Qué sienten?, ¿Qué les dice?, dialoguen etc. Al terminar la sesión se hará un ejercicio de relajamiento con música relajante.
- Discusión: Se les pedirá a los participantes que dialoguen o discutan que relación tiene ese miedo con su depresión y como lo vivencian.

SESIÓN: 5

- Objetivo específico: Que los participantes se den cuenta de sus acciones o comportamiento.
- Tema: “Darse cuenta de la conducta ante los demás”
- Material: 11 sillas y proyección de película
- Actividad: Proyección de película “Cicatrices”
- Comentarios: ¿Qué les pareció la película? ¿en que se identificaron con los personajes? ¿en que están de acuerdo y en que no? Etc.
- Discusión: que los participantes dialoguen el comportamiento de los personajes de la película.

SESIÓN: 6

- Objetivo específico: Que los miembros del grupo se den cuenta que conflicto o preocupación tienen en el momento presente
- Tema: “El aquí y ahora”
- Material: 11 sillas, hojas blancas, lápices y un CD de música relajante
- Actividad: Que los participantes, escriban que es lo que les preocupa o incomoda que les causa conflicto en el momento presente. A continuación, se les pedirá que comenten lo que escribieron, que es lo que piensan al respecto. A continuación se hará un ejercicio de relajamiento donde se les pedirá a los participantes que sentados o recostados en la alfombra cierren los ojos, hagan respiraciones profundas y tratando de sentir como entra el aire a su cuerpo sintiendo así sus órganos internos, que su pensamiento este en “el aquí y ahora” en lo que ellos están sintiendo y escuchando, que permanezcan así unos momentos, que no permitan que entren otros pensamientos a su mente, que se concentren en el aquí y ahora.

Al final se hará una reflexión sobre el tema.

- Discusión: Se les pedirá a los participantes que dialoguen que relación tiene, esa preocupación que tienen, con su depresión.

SESION: 7

- Objetivo específico: Que los participantes sepan ¿Qué es la responsabilidad?
- Tema: “La Responsabilidad”
- Material: 11 sillas
- Actividad: Proyección de la película “Naufrago”
- Comentarios: Que los participantes comenten los acontecimientos que suceden en la película y discutan el comportamiento del personaje en cuanto a la responsabilidad que este asume sobre su persona.
- Discusión: Que los participantes comenten que relación hay entre la responsabilidad y su padecimiento. ¿Qué tan responsables han sido con su padecimiento? o ¿Cómo han asumido esa responsabilidad para afrontar su padecimiento? etc. Que los participantes dialoguen y se den cuenta la importancia que tiene la responsabilidad para la recuperación de su padecimiento.

SESION: 8

- Objetivo específico: Que los miembros del grupo conozcan de que son libres y de que no son.
- Tema: “La libertad”.
- Material: 11 sillas y un pizarrón.
- Actividad: Se les pedirá a los participantes que anoten en una hoja si ellos son libres de querer y elegir. Si se aceptan ellos como son o procuran satisfacer expectativas ajenas, y trata de ser como otros quieren que sean. Posteriormente cada participante comentara lo que escribió y opinaran al respecto.
- Discusión: Que los participantes dialoguen que relación hay entre la libertad y su padecimiento, ¿Que tan libres son para darle solución a sus problemas o a su padecimiento? ¿Que tan libres son en la toma de desiciones en su vida?

SESION: 9

- Objetivo específico: Que los miembros del grupo se den cuenta, como están sus relaciones familiares. Ejemplo: con sus hijos o esposo o esposa, parientes, amigos etc.
- Tema: "Soledad"
- Material: 11 sillas, pizarrón, lápices y hojas blancas
- Actividad: Se les pedirá a los participantes que escriban en la hoja que significa para ellos la soledad y también que escriban como son sus relaciones familiares (esposo, hijos, hermanos etc.), y sociales con amigos o en el trabajo, escuela etc. o si vive solo. Se hará un ejercicio de relajamiento con música relajante y se les pedirá que hagan una reflexión sobre lo que escribieron.
- Comentarios: Se les pedirá a los participantes que comenten que relación hay entre la soledad y su depresión; si se aíslan ellos de los demás, si se sienten solos etc.

SESION: 10

- Objetivo específico: Que los participantes traten de comprender su propia vida y se den cuenta si están de acuerdo con su forma de ser o su estilo de vida.
- Tema: ¿Quién soy yo?
- Material: 11 sillas, hojas blancas y lápices
- Actividad: Se les pedirá a cada uno de los participantes que escriban en la hoja la respuesta de la pregunta y también escriban que es lo que les agrada y desagrada de ellos mismos. Se les pedirá que la lean en silencio con detenimiento. Posteriormente se hará un ejercicio de relajamiento y una reflexión sobre lo escrito.
- Comentarios: Se les pedirá a los participantes que comenten, que es lo a ellos les gustaría cambiar de su comportamiento y que dialoguen si su comportamiento actual, tiene que ver con su depresión.

DISCUSIÓN Y CONCLUSION

La depresión es la tercera enfermedad más frecuente dentro de los trastornos mentales (Crónicas, 2006).

Algunos autores como Hollander, y Wong (2004), mencionan que en 1997 algunas estimaciones, señalaban que más de 150 millones de personas en el mundo presentaban una depresión que requería de un tratamiento específico y que solo en México se calculaba que más de 4 millones de habitantes sufrirían de depresión.

Conforme se incrementa la edad la depresión crece en ambos sexos, 4% en mujeres menores de 40 años y en mayores de 60 años el 9.5%, mientras en hombres la prevalencia fue de 1.6% en menores de 40 años y 5% en los adultos mayores (crónicas, 2006).

Sin embargo, más de 2.5 millones de mujeres mayores de 18 años presentan eventos depresivos durante el último año y de ellas solo el 27% fueron diagnosticadas y el 8% recibieron tratamiento (crónicas, 2006).

Se ha visto que el padecimiento de la depresión es más frecuente presentado por mujeres que por varones, siendo este un factor de riesgo (Salim, 2003).

Algunos estudios demuestran que los factores desencadenantes de la depresión en la mujer son diversos como, psicológicos, biológicos, fisiológicos, sociales, ambientales, culturales y hormonales, estos factores contribuyen a que haya mayor incidencia de depresión en la mujer (Salim, 2003).

Con respecto a los hombres, más de 800 mil mayores de 18 años presentaron depresión pero solo el 19% fueron diagnosticados y el 6.1% fueron medicados. (Crónica, 2006).

La depresión es un padecimiento sumamente frecuente en personas adultas y se asocia a condiciones de vulnerabilidad social (salud pública, 2005).

Algunos autores como Hollander y Wong (2004) mencionan que el trastorno depresivo tiene un alto índice de frecuencia en la consulta diaria y que de cada 10 pacientes que llegan al consultorio con el médico general, uno la padece.

Lo que demuestra que en gran medida el problema de la depresión no solo es su frecuencia sino la falta de información en cuanto a tratamiento médico y psicológico para quien la padece.

El taller propuesto en el presente trabajo, bajo un Enfoque Existencial Humanista Gestalt se propone una alternativa en el tratamiento de la depresión, en el cual se considera que este podría dar mejores resultados en pacientes con depresión menor que con pacientes con depresión mayor. Debido a las características que presentan estos pacientes (estados sicóticos).

Se ha demostrado que para las depresiones leves la psicoterapia a corto plazo es eficaz en este tipo de pacientes a diferencia de los que padecen depresión mayor, estos pacientes responden mejor a la farmacoterapia Hollander y Wong (2004).

Por lo antes mencionado, se considera que es importante evaluar el tipo de depresión que presentan los pacientes para dar un mejor tratamiento psicoterapéutico.

Algunos autores como Rojas (2006), menciona que en las depresiones endógenas la medicación es lo esencial y en las depresiones reactivas, la psicoterapia es lo ideal.

- Cabe mencionar que no todas las depresiones se podrían tratar con este enfoque (por si solo), debido a que en la depresión mayor, el estado

mental y emocional de estos pacientes esta muy alterado (estados sicóticos), lo cual esto seria una limitante para su aplicación debido a las características que presentan este tipo de pacientes.

- Cuando en los pacientes con depresión mayor se ha logrado la estabilización emocional y sicótico, con el tratamiento farmacológico, en tales condiciones ya se podría incluir el tratamiento psicológico que va de la mano con el tratamiento psiquiátrico para una mejor recuperación del paciente.
- En la actualidad la clasificación de la depresión no esta bien definida, lo cual esto puede ocasionar dificultad en su diagnóstico.
- Iniesta, B. (2005), menciona que Clayton (1998) citado en Zepeda, (2003) que determinar el subtipo de depresión es importante para establecer un diagnóstico preciso que facilite encontrar los tratamientos más adecuados.
- Este ha sido un trabajo en donde se ha tratado de describir el problema de la depresión, proponiendo un taller bajo un Enfoque Existencial Humanista Gestalt como una posibilidad en el tratamiento psicológico.
- Obviamente, no hay ninguna conclusión, no se podría decir cuales serian los resultados y el nivel de recuperación.
- Pero suponiendo que si los hubieran, el solo hecho de darles ayuda a estos individuos tristes, sin ganas de nada y sin esperanzas a convertirse en seres humanos importantes con conocimiento de su problema para poder así auto ayudarse y comprenderse así mismos, se ganaría mucho en el campo terapéutico con este tipo de pacientes.

- Este es un planteamiento existencial para el ser humano deprimido en donde a través de la exploración de su responsabilidad para vivir y capacidad de elección y conocimiento de si mismo, le permita saber cual es su actitud ante la vida y darse cuenta de su estilo de vida y mediante la exploración del darse cuenta de sus conflictos, los lleva a un enriquecimiento continuo y a un compromiso con la vida, el cual tiene que ser vivenciado para ser conocido.

REFERENCIAS

- ❖ Anexo IV: Terapia Gestalt. Tomado de la página electrónica:
 - www.psicologia-online.com/copia2001/actividades/05/anexo4.html
Consultado el 2 de octubre del 2006.
- ❖ Areti, S. y Bemporad, J. (1993). Psicoterapia de la Depresión. México: Piados.
- ❖ Bellak, L. (1986). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: El manual moderno.
- ❖ Bosselman, B. (1967). Neurosis y psicosis. México: La Prensa Médica Mexicana.
- ❖ Blechmar, H. (2002). Un estudio psicoanalítico: La depresión. Buenos Aires Argentina: Nueva visión.
- ❖ Calderón, G. (1984). Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento. México: trillas.
- ❖ Calderón, G. (1999). Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general. México: Trillas.
- ❖ Castanedo C. (1997). Grupos de encuentro en terapia gestalt. Barcelona: Herder
- ❖ Castanedo C. (2002). Terapia gestalt | Enfoque centrado en el aquí y ahora. Barcelona: Herder.
- ❖ DSM -1V – TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (2002). Barcelona: Masson.
- ❖ Editorial: Pablo hriart / año diez. Tomado de la página electrónica:
www.cronica.com.mx/nota.php?id-nota=211413. Consultado el día 23 de octubre del 2006.
- ❖ Esquizofrenia y salud mental. Tomado de la página electrónica:
 - www.esquizo.com/modules.php?name=News&file=article&sid=56
Consultado el día 23 de octubre.
- ❖ Frazier, H; Campbell, J; Marshall, H; Werner, A; (1976). Diccionario de Psiquiatría. México: Trillas.

- ❖ Fritz Perls, Tomado de la página electrónica:
 - www.fritzgestalt.com/fritz.htm Consultado el 25 de septiembre del 2006
- ❖ Gelder, G; López, J; Andreasen, N; (2003). Tratado de Psiquiatría, Tomo I. Barcelona: Ars Médica.
- ❖ Gestalt. Tomado de la página electrónica:
 - www.agba.org.ar/gestalt.htm Consultado el 25 de septiembre del 2006.
- ❖ Guía de bolsillo de la clasificación CIE – 10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación.
- ❖ Hollander, Eric. y Wong, Cheryl. (2004). Trastornos psiquiátricos frecuentes. Paxil C R.
- ❖ Iniesta, B. (2005). Depresión y funcionalidad en adultos mayores. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- ❖ Jacobson, J. y Jacobson, A. (2003). Secretos de la psiquiatría. México: McGraw-Hill Interamericana.
- ❖ Klein, M. (1987) Obras completas. Envidia y gratitud y otros trabajos. Argentina: Paidós.
- ❖ La gestalt. Tomado de la página electrónica:
 - www.nuevaseras.com/articulos /txtfritzperls.html Consultado el 19 de septiembre del 2006.
- ❖ La gestalt. Tomado de la página electrónica:
 - www.nuevaseras.com/txtescuelaterapeutica.html Consultado el 19 de septiembre del 2006.
- ❖ Ledesma, J. y Melero, M. (1989). Estudios sobre las depresiones. Salamanca.
- ❖ MacKinon, R. y Michel, R. (1973). Psiquiatría Clínica Aplicada. México: Interamericana..
- ❖ Naranjo, C. (1990). La Vieja y Novísima Gestalt. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- ❖ Perls, F. (1974). Sueños y existencia. Santiago de Chile: Cuatro Vientos

- ❖ Perls, F. (1976). El enfoque gestáltico y testimonios de psicoterapia. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- ❖ Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México
- ❖ Psicología gestalt. Tomado de la página electrónica:
 - www.personate.com/gestalt.htm Consultado el 25 de septiembre del 2006.
- ❖ Psicoterapia gestalt. Tomado de la página electrónica:
 - www.monografias.com/trabajos13/enfogest.shtml Consultado el 4 de mayo del 2006.
- ❖ Rojas, E. (2006). Adiós, depresión. Madrid: Temas de hoy.
- ❖ Salin, P. (2003). Manual de prescripción de antidepresivos. México: McGraw-Hill Interamericana.
- ❖ Salud pública de México / Vol. 47, suplemento 1 de 2005.
- ❖ Stevens, J. (1976). El darse cuenta. Santiago de Chile: Cuatro Vientos
- ❖ Universidad Gestalt de América S.C. Tomado de la página electrónica:
 - www.mundogestalt.com/cgi-bin/palm.cgi?id=191 Consultado el 24 de enero del 2007.
- ❖ Vallejo, J. (1998). Introducción a la sicopatología y a la psiquiatría. Barcelona: Masson.