



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**PROPUESTA DE UN TALLER DE INTERVENCIÓN CON
PSICODRAMA PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN MUJERES
DE 18 A 29 AÑOS.**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
XOCHITL AIDE LEÓN TELLEZ**

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

**SINODALES:
MTRA. YOLANDA BERNAL ALVAREZ
DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ
MTRA. BLANCA ROSA GIRÓN HIDALGO
LIC. LETICIA MARÍA GUADALUPE BUSTOS DE LA TIJERA**

Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

Agosto 2017.



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

A mis padres, quienes han sido la guía y el camino para poder llegar a este punto de mi carrera, que, con su ejemplo, dedicación y palabras de aliento, nunca bajaron los brazos para que yo tampoco lo haga, aun cuando todo se complicaba.

Mis hermanos, por estar siempre para escucharme y ayudarme a no darme por vencida aun cuando todo parecía derrumbarse, siempre fueron mi apoyo y un pilar en mi vida.

A mis sobrinas Valentina, Regina y Ximena que son mi alma, mi corazón, mi vida.

A mis amigos Karla, Grecia y Manuel, por estar presentes en mi vida, soplar partes de esta niebla y alumbrar mi camino.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. Depresión	3
Introducción.....	3
Definición	4
Tipos de depresión	5
Trastornos depresivos.....	5
Trastorno de depresión mayor.....	6
Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1)	16
Trastorno disfórico premenstrual 625.4 (N94.3)	20
Clasificación internacional de las enfermedades mentales CIE-10.....	25
La depresión en la mujer	32
Depresiones encubiertas	32
Diferencia entre estar triste y deprimido	34
Duelo	35
Estadísticas.....	35
Capítulo 2. Desarrollo de mujeres de 18 a 29 años	38
Introducción.....	38
Adultez	39
Dimensiones sociales	39
Transición a la vida adulta	40
Ritos de transición	41

Socialización.....	41
Adulthood emergente.....	41
Desarrollo físico.....	43
Desarrollo cognoscitivo.....	44
Inteligencia emocional.....	46
Capítulo 3. Psicodrama.....	49
Introducción.....	49
Antecedentes.....	50
Definición Psicodrama.....	54
Terminología básica.....	55
Las técnicas del psicodrama.....	59
Descripción de una representación psicodramática común.....	60
Factores terapéuticos.....	75
Facilitamiento de las fases de la psicoterapia.....	81
Limitaciones.....	83
Aportaciones.....	84
Capítulo 4. Propuesta.....	92
Justificación.....	92
Objetivo general.....	92
Tabla descriptiva.....	94
Alcances y limitaciones.....	97
Conclusión.....	98
Referencias.....	99

Resumen

El objetivo principal de este trabajo es la realización de un taller de intervención con psicodrama para disminuir la depresión en mujeres de 18 a 29 años de edad, con la finalidad de que puedan identificar el problema que rodea su vida y así resalten habilidades que poseen si mismas para resolver y afrontar problemas relacionados con la depresión y así generar opciones para su vida.

El objetivo específico es que dichas mujeres, con ayuda de la realización del psicodrama, logren rescatar habilidades, herramientas y estrategias para la resolución de problemas que enfrentan en su día a día y así disminuir los síntomas de la depresión.

Dicho taller fue diseñado para impartirlo de manera grupal con la finalidad de que cada miembro tenga la oportunidad de participar en representaciones teatrales diferentes y así tener puntos de vista y perspectivas distintas de lo que es la depresión.

Introducción

En los últimos treinta años se ha producido un cambio espectacular tanto en el diagnóstico precoz como en el tratamiento de las depresiones. La comprensión de los íntimos mecanismos subjetivos que ponen en marcha los pensamientos depresivos, así como el descubrimiento del papel desempeñado por los neurotransmisores cerebrales, que condujo al tratamiento exitoso de la depresión mediante drogas antidepresivas, han constituido un colosal avance en la posibilidad de ayuda a personas con esta afección.

Estudios epidemiológicos realizados en la mayoría de los países occidentales muestran que por cada hombre deprimido existe el doble de mujeres con la misma afección. A estas cifras debemos sumar la sospecha que impera tanto en medios científicos como en el sentir general de que las mujeres que padecen de estados de depresión leve o pasajera “bajones”, y que no consultan a los especialistas, son todavía más numerosas.

En las últimas décadas se han dado circunstancias favorables para que exista mayor índice de depresión en mujeres. Por una parte, por diversas razones –mayor y mejor conocimiento de la enfermedad, mayor información de la población en general, estrés de la vida, etc.-, la depresión parece haberse convertido en la “enfermedad de nuestro tiempo” lo que ha impulsado enormemente la investigación de la misma. Por otra parte, las mujeres, en casi todas las latitudes del mundo, están siendo protagonistas de uno de los fenómenos culturales de mayor envergadura de nuestro siglo: la revolución pacífica del feminismo. el número de mujeres profesionales de la salud mental ha crecido lo suficiente como para que muchas de ellas hayan emprendido la tarea de estudiar, investigar y tratar de ofrecer explicaciones sobre este fenómeno.

Capítulo 1. Depresión

Introducción

En algunas personas, los estados de ánimo son tan pronunciados y persistentes que intervienen en la capacidad para funcionar con eficacia. En casos extremos, un estado anímico puede constituir una amenaza contra la vida, y en otros, hacer que se pierda contacto con la realidad. Estas situaciones representan trastornos anímicos, perturbaciones emocionales tan fuertes que afectan la vida cotidiana.

La depresión es una de las formas más comunes de trastornos anímicos. Las mujeres tienen el doble de probabilidades de experimentar depresión que los hombres, pues una cuarta parte de ellas es propensa a padecerla en algún momento de su vida.

En algunos países la probabilidad de que los individuos padezcan depresión en algún momento de su vida es tres veces superior respecto de generaciones anteriores. Además, la depresión se manifiesta a edades cada vez más tempranas.

El enfoque psicoanalítico, percibe a la depresión como resultado de sentimientos de pérdida (real o potencial) o de una ira dirigida hacia uno mismo. Otro planteamiento psicoanalítico sostiene que las personas se sienten responsables de las cosas malas que les suceden, y dirigen su ira hacia su interior.

Por otro lado, se han encontrado evidencias convincentes de que la depresión puede tener causas genéticas y bioquímicas. Además de que varios neurotransmisores desempeñan un papel importante en la depresión.

Las teorías conductuales sobre la depresión sostienen que las tensiones de la vida generan una reducción de los reforzadores positivos. En consecuencia, las personas comienzan a retraerse, lo cual provoca que se reduzcan aún más los reforzadores positivos. Además, las personas reciben atención por su comportamiento depresivo, lo que genera un reforzamiento mayor de la depresión.

El psicólogo Martin Seligman señala que la depresión es una respuesta a la desesperanza aprendida. La desesperanza aprendida es la expectativa aprendida de que los sucesos de la propia vida son incontrolables y que la situación no tiene salida. En consecuencia, las personas renuncian a luchar contra los sucesos aversivos y se rinden ante ellos, lo que por tanto les produce depresión.

El psicólogo clínico Aaron Beck propuso que tras los sentimientos de depresión subyacen condiciones deficientes. En su teoría cognoscitiva sobre la depresión señala que los individuos deprimidos por lo general se perciben como perdedores en la vida, y siempre se culpan de que algo

salga mal. Al enfocarse en el lado negativo de las situaciones, se sienten ineptos e incapaces de actuar en forma constructiva para modificar su entorno. Sus cogniciones negativas les generan sentimientos de depresión.

La explicación más reciente de la depresión se deriva de la psicología evolutiva, la cual considera la influencia del comportamiento de la herencia genética que recibimos de nuestros antepasados. Según el planteamiento evolutivo, la depresión es una respuesta adaptativa a metas inalcanzables. La depresión se inicia cuando las personas persiguen en vano una meta siempre elusiva. Lo cual hace que termine la búsqueda de la meta. Al final, cuando disminuye la depresión, la persona puede concentrarse en otras metas más razonables. Según este punto de vista, la depresión cumple con una función positiva, pues aumenta a la larga las posibilidades de supervivencia de los individuos quienes entonces transmiten su conocimiento a sus descendientes.

Definición

La depresión es un malestar que afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; afecta los hábitos alimenticios y causa trastornos en los hábitos del sueño, el deseo sexual, la opinión de uno mismo y el concepto de la vida en general. Un trastorno depresivo no es un estado de ánimo triste, pasajero; tampoco es una señal de debilidad de la persona o una condición que se pueda alejar a voluntad. Las personas que sufren una depresión no pueden tan solo animarse y, de inmediato, sentirse mejor. Los síntomas pueden durar semanas, meses o años, pero un enfoque adecuado permite modificar este estado e incluso lograr que la persona que supera una depresión salga enriquecida y fortalecida de ella (Bleichmar, 1995).

Los trastornos depresivos se presentan bajo formas diversas, al igual que sucede con otros padecimientos. Su existencia se conoce desde que ha sido posible contar la historia: en el antiguo Egipto, hace tres mil años, eran los sacerdotes los encargados de tratar los males del alma.

Los cuadros depresivos varían desde estados de duelo normal por la muerte de un ser querido hasta trastornos más severos en los que surgen ideas delirantes de desvalorización, de ruina, de enfermedades imaginarias o de culpa por presuntos prejuicios cometidos en contra de los demás. Sus causas pueden ser exclusivamente psicológicas, como en las depresiones neuróticas, o tener un componente biológico o genético, como hay evidencia de que ocurre en las depresiones bipolares mayores, dominadas así porque la persona presenta episodios de severa patología en uno u otro polo del estado de ánimo: el polo del episodio depresivo o el polo de lo que en el lenguaje técnico se conoce como manía, es decir, el cuadro de exaltación afectiva, hiperactividad e ideas de grandiosidad.

Tipos de depresión

Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos son: el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia /medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.

El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología.

El trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo. Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente. Se debe considerar especialmente la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor. El duelo suele conllevar un gran sufrimiento, pero no induce normalmente un episodio depresivo mayor. Cuando ocurren a la vez, los síntomas depresivos y el deterioro funcional tienden a ser más graves y el pronóstico es peor que el del duelo que no se acompaña de trastorno depresivo mayor. La depresión relacionada con el duelo tiende a ocurrir en las personas vulnerables a los trastornos depresivos y se puede facilitar la recuperación mediante el tratamiento antidepresivo. Se puede diagnosticar una forma más crónica de depresión, el trastorno depresivo persistente (distimia), cuando las alteraciones del estado de ánimo duran al menos dos años en los adultos o un año en los niños. Este diagnóstico, nuevo en el DSM-5, incluye las categorías del DSM-IV de depresión mayor crónica y de distimia.

Tras una revisión a fondo de los datos científicos disponibles, se ha trasladado el trastorno disfórico premenstrual de un apéndice del DSM-IV ("Conjunto de criterios y de ejes para un estudio posterior") a la Sección II del DSM-5. Casi 20 años de investigación sobre esta afección han confirmado una forma de trastorno depresivo que responde al tratamiento, que comienza poco después de la ovulación y que remite pocos días después de la menstruación, y que tiene un impacto funcional importante.

Con los fenómenos depresivos se pueden asociar un gran número de sustancias de abuso, algunos medicamentos de prescripción médica y varias afecciones médicas. Este hecho se reconoce en el diagnóstico del trastorno depresivo debido a otra afección médica.

Trastorno de depresión mayor

Criterios diagnósticos

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5 % del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto reproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Características diagnósticas

Los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi cada día para poderlos considerar, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día, además de casi cada día. A menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, y el trastorno se diagnostica si no se reconocen los otros síntomas depresivos acompañantes. Al principio, el paciente quizá niegue que está triste, pero la tristeza se podría reconocer a través de la entrevista o deducir de la expresión facial o la conducta. En los pacientes que se centran en una queja somática, los clínicos deberían determinar si el malestar de esa queja se asocia a síntomas depresivos específicos. Aparecen fatiga y alteración del sueño en una alta proporción de casos, y las alteraciones psicomotoras son mucho menos frecuentes, pero son indicativas de una mayor gravedad global, al igual que la presencia de una culpa delirante o casi delirante.

El rasgo principal del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades (Criterio A). En los niños y los adolescentes, el ánimo suele ser irritable más que triste. El paciente debe experimentar además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio. Para que un síntoma cuente como parte de un trastorno depresivo mayor ha de ser nuevo o debe haber empeorado claramente

en comparación con el estado de la persona antes del episodio. Los síntomas deben persistir la mayor parte del día, casi a diario, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínicamente significativo o de una alteración del funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas importantes. En algunos pacientes con episodios leves, el funcionamiento puede parecer normal, pero requiere un esfuerzo notablemente elevado.

El ánimo en el episodio depresivo mayor lo describe a menudo la persona como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o "por los suelos" (Criterio A). En algunos casos se puede negar inicialmente la tristeza, pero ésta se puede reconocer posteriormente a través de la entrevista (p. ej., al señalar que parece que el sujeto está a punto de llorar). En algunos pacientes que se quejan de sentirse "sosos", sin sentimientos, o que se sienten ansiosos se podría deducir la presencia de un ánimo deprimido a partir de la expresión facial del paciente y de su conducta. Algunos pacientes enfatizan las quejas somáticas (p. ej., dolores y sufrimientos corporales) en lugar de manifestar sentimientos de tristeza. Muchos pacientes refieren o presentan un aumento de la irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con accesos de ira o culpabilizando a los otros, o un exagerado sentido de la frustración por acontecimientos menores). En los niños y los adolescentes parece un ánimo irritable o malhumorado más que un ánimo triste o abatido. Esta forma de presentación debería diferenciarse de los patrones de irritabilidad ante la frustración.

Casi siempre se produce una pérdida del interés o del placer, al menos en algún grado. Los pacientes pueden referir que se sienten menos interesados por los hobbies, "que no les importan", o que no sienten placer en las actividades que antes consideraban placenteras (Criterio A2). Los familiares notan a menudo un mayor aislamiento social o el abandono de los pasatiempos con los que disfrutaban (p. ej., el que había sido un ávido jugador de golf deja de jugar, o un niño que solía disfrutar del fútbol se excusa para no practicarlo). En algunos pacientes, en comparación con los niveles previos, existe una reducción significativa del interés o del deseo sexual.

La alteración del apetito puede producirse en forma de disminución o de aumento. Algunos pacientes deprimidos refieren que tienen que forzarse para comer. Otros pueden comer más y pueden tener ansia por determinadas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). Cuando los cambios del apetito son graves (en cualquier dirección), hay una pérdida o ganancia significativa de peso, y en los niños no se alcanza la ganancia ponderal esperada (Criterio A3).

Las alteraciones del sueño se pueden presentar en forma de dificultad para dormir o de sueño excesivo (Criterio A4). Cuando existe insomnio, normalmente se presenta como un insomnio medio (p. ej., el paciente se despierta a lo largo de la noche y tiene dificultades para volverse a dormir). También puede existir insomnio precoz (p. ej., dificultad para quedarse dormido). Los pacientes que presentan un exceso de sueño (hipersomnia) pueden presentar períodos de sueño prolongado

durante la noche o un aumento del sueño durante el día. A veces, el motivo que lleva al paciente a buscar tratamiento son las alteraciones del sueño.

Los cambios psicomotores incluyen la agitación (p. ej., la incapacidad para sentarse y estar quieto, caminar de un lado a otro, retorcerse las manos, o tocarse o frotarse la piel, la ropa u otros objetos) y la lentificación (p. ej., discurso, pensamiento y movimientos corporales ralentizados, aumento de las pausas antes de contestar, disminución del volumen, la inflexión, la cantidad o la variedad del contenido del discurso, o mutismo) (Criterio A5). La agitación y el retardo psicomotor deben ser lo suficientemente graves como para ser observables por otras personas y no deberían representar únicamente sensaciones subjetivas.

Son frecuentes la disminución de la energía, el cansancio y la fatiga (Criterio A6). Una persona puede referir una fatiga mantenida sin haber realizado ningún esfuerzo físico. Incluso las tareas más pequeñas parecen requerir un esfuerzo considerable. Es posible que se reduzca la eficiencia con la que se realizan las tareas. Por ejemplo, un paciente puede quejarse de que lavarse y vestirse por las mañanas resulta extenuante y requiere el doble de tiempo de lo habitual.

El sentimiento de inutilidad o de culpa que se presenta en el episodio depresivo mayor puede incluir evaluaciones negativas, fuera de la realidad, de la propia valía, preocupaciones de culpa rumiaciones sobre pequeños errores del pasado (Criterio A7). Estos pacientes a menudo malinterpretan los acontecimientos diarios neutros o triviales como si probasen los propios defectos personales y tienen un exagerado sentido de la responsabilidad hacia los acontecimientos inapropiados. La sensación de inutilidad o de culpa puede alcanzar proporciones delirantes (p. ej., el paciente está convencido de que es personalmente responsable de la pobreza en el mundo). Es muy frecuente que paciente se culpe a sí mismo de estar enfermo y de fracasar en sus responsabilidades laborales interpersonales como consecuencia de la depresión, pero esta actitud, a menos que sea delirante, no se considera suficiente para cumplir este criterio.

Muchos pacientes refieren incapacidad para pensar, concentrarse o tomar pequeñas decisiones (Criterio A8). Pueden parecer fácilmente distraibles o se quejan de problemas de memoria. Aquellos pacientes involucrados en actividades con una gran demanda cognitiva son a menudo incapaces de llevarlas a cabo. En los niños, un descenso abrupto de las notas puede reflejar poca concentración.

En los pacientes ancianos, las dificultades de memoria pueden ser la queja principal y pueden confundirse con los signos precoces de una demencia ("pseudodemencia"). Cuando el episodio depresivo se trata con éxito, los problemas de memoria a menudo desaparecen por completo. Sin embargo, en algunos pacientes, especialmente en los ancianos, un episodio depresivo mayor puede ser a veces la presentación inicial de una demencia irreversible.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o los intentos de suicidio (Criterio A9). Éstos pueden incluir desde un deseo pasivo de no despertarse por la mañana o la creencia de que los demás estarían mejor si el sujeto estuviese muerto, hasta albergar pensamientos transitorios pero recurrentes de cometer suicidio o tener un plan específico de suicidio.

Los pacientes con mayor riesgo de suicidio pueden haber puesto sus asuntos en orden (p. ej., testamento actualizado, deudas pagadas), haber adquirido los materiales necesarios (p. ej., una cuerda o una pistola) y haber elegido un lugar y una fecha para consumir el suicidio. Las motivaciones del suicidio pueden ser el deseo de rendirse a la vista de obstáculos que se perciben como insuperables, un intenso deseo de terminar con lo que se percibe como un estado de dolor emocional interminable y terriblemente doloroso, la incapacidad de imaginar ningún disfrute en la vida o el deseo de no ser una carga para los demás. La resolución de tales pensamientos puede servir mejor que la negación de dichos planes para medir si disminuye el riesgo de suicidio.

La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando ocurren en un paciente que, además, tiene una afección médica general (p. ej., cáncer, infarto cerebral, infarto de miocardio, diabetes, embarazo). Algunos de los signos y síntomas de los criterios del episodio depresivo mayor son idénticos a los de esas afecciones médicas generales (p. ej., la pérdida de peso en la diabetes sin tratar, la fatiga en el cáncer, la hipersomnia al comienzo del embarazo, el insomnio en el embarazo avanzado, en el posparto). Tales síntomas cuentan para el diagnóstico del episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y totalmente atribuibles a la afección médica general. En esos casos se deberían evaluar con especial cuidado los síntomas no vegetativos de disforia, anhedonia, culpa o inutilidad, la alteración de la concentración o la indecisión, y los pensamientos de suicidio. Las definiciones de episodios de depresión mayor que se han modificado para incluir sólo esos síntomas no vegetativos parecen identificar casi los mismos pacientes que cuando se utilizan todos los criterios.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico:

El trastorno depresivo mayor se asocia a una alta mortalidad y la mayor parte de ésta se debe al suicidio; sin embargo, no es la única causa. Por ejemplo, los pacientes deprimidos que ingresan en residencias de ancianos tienen una probabilidad notablemente incrementada de fallecer en el primer año. Los pacientes presentan con frecuencia llanto, irritabilidad, estado taciturno, rumiación obsesiva, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., dolor de cabeza, de articulaciones, abdominal u otros dolores). En los niños puede presentarse ansiedad por separación.

Aunque existe una gran amplitud de datos bibliográficos que describen los correlatos neuroanatomicos, neuroendocrinos y neurofisiológicos del trastorno depresivo mayor, no existe ninguna prueba de laboratorio que haya probado tener suficiente sensibilidad y especificidad para usarse como herramienta diagnóstica para este trastorno. Hasta hace poco, la alteración más ampliamente investigada en asociación con los episodios de depresión mayor había sido la hiperactividad del eje hipofisario-hipotalámico-adrenal, que parece relacionarse con la melancolía, los rasgos psicóticos y el riesgo de un posible suicidio. Los estudios moleculares también han encontrado factores periféricos, como variantes genéticas de factores neurotróficos y de citoquinas proinflamatorias. Además, en los adultos con depresión mayor, los estudios de resonancia magnética funcional muestran signos de alteraciones funcionales en los sistemas neurales que soportan el procesamiento emocional, la búsqueda de recompensa y la regulación emocional.

Prevalencia

La prevalencia a los doce meses del trastorno depresivo mayor en Estados Unidos es aproximadamente del 7 %, con notables diferencias entre los grupos de edad, de modo que la prevalencia en los sujetos de entre 18 y 29 años es tres veces mayor que la prevalencia en los pacientes de 60 años o mayores. Las mujeres presentan tasas que llegan a ser 1,5-3 veces mayores que las de los hombres, iniciándose el trastorno en la adolescencia temprana.

Desarrollo y curso

El trastorno depresivo mayor puede aparecer por primera vez a cualquier edad, pero la probabilidad de que se inicie se incrementa notablemente en la pubertad. En Estados Unidos, la incidencia parece tener un pico hacia los 20 años; sin embargo, no es infrecuente que se inicie por primera vez en la ancianidad. El curso del trastorno depresivo mayor es bastante variable, de modo que algunos pacientes apenas presentan remisiones (períodos de 2 o más meses sin síntomas o con sólo uno o dos síntomas leves), si es que las presentan, mientras que otros permanecen durante muchos años con pocos o ningún síntoma entre los episodios. Es importante distinguir los pacientes que acuden en busca de tratamiento durante una exacerbación de una enfermedad depresiva crónica de aquellos cuyos síntomas han aparecido recientemente. La cronicidad de los síntomas depresivos aumenta sustancialmente la probabilidad de que existan trastornos subyacentes de personalidad, ansiedad y consumo de sustancias, y disminuye la probabilidad de que se siga el tratamiento hasta la remisión completa. Es, por tanto, útil pedir a los pacientes que acuden con síntomas depresivos que identifiquen el último período de al menos dos meses durante el cual estuvieron completamente libres de síntomas depresivos.

La recuperación se inicia normalmente dentro de los tres meses siguientes al comienzo en dos de cada cinco pacientes con depresión mayor y en el plazo de un año en cuatro de cada cinco pacientes. El carácter reciente del inicio es un determinante fuerte de la probabilidad de recuperación a corto plazo y se puede esperar que muchos pacientes que sólo han estado deprimidos durante varios meses se recuperen de modo espontáneo. Las características que se asocian a mismas tasas de recuperación menores, además de la duración del episodio actual, son los rasgos psicóticos, la ansiedad intensa, los trastornos de personalidad y la gravedad de los síntomas.

El riesgo de recurrencia se vuelve progresivamente menor con el tiempo conforme se incrementa la duración de la remisión. El riesgo es mayor en los pacientes cuyo episodio anterior fue grave, en los sujetos jóvenes y en las personas que han presentado múltiples episodios. La persistencia de síntomas depresivos durante la remisión, aunque sean leves, es un factor que predice claramente la recurrencia.

Muchas enfermedades bipolares comienzan con uno o más episodios depresivos, y en una proporción considerable de pacientes que inicialmente parecen tener un trastorno depresivo mayor se acaban probando con el tiempo que en realidad padecen un trastorno bipolar. Esto es más probable en los pacientes en que la enfermedad se inicia en la adolescencia, en los que tienen rasgos psicóticos y en los que tienen antecedentes familiares de trastorno bipolar. La presencia del especificador "con rasgos mixtos" también aumenta el riesgo de un futuro diagnóstico de manía o hipomanía. El trastorno bipolar, en particular con rasgos psicóticos, puede convertirse también en esquizofrenia, siendo este cambio mucho más frecuente que el contrario.

A pesar de que las tasas de prevalencia de los trastornos depresivos presentan diferencias claras entre ambos sexos, dichas diferencias entre sexos no parecen existir en relación con la fenomenología, el curso o la respuesta al tratamiento. Asimismo, no se aprecian efectos claros de la edad actual sobre el curso respuesta al tratamiento en el trastorno depresivo mayor. Sin embargo, existen algunas diferencias en cuanto a los síntomas: la hipersomnia y la hiperfagia son más probables en los sujetos jóvenes, y los síntomas melancólicos, en particular las alteraciones psicomotoras, son más frecuentes en los sujetos mayores.

La probabilidad de los intentos de suicidio disminuye durante la época adulta media y tardía, aunque no así el riesgo de suicidio consumado. Las depresiones de inicio en edades tempranas son más familiares y es más probable que conlleven asociadas alteraciones de la personalidad. El curso del trastorno depresivo mayor no suele cambiar por lo general con la edad. El tiempo promedio para la recuperación parece ser estable en largos períodos de tiempo, y la probabilidad de entrar en un episodio, en general, ni aumenta ni disminuye con el tiempo.

Factores de riesgo y pronósticos

Temperamentales. El neuroticismo (la afectividad negativa) es un factor de riesgo bien establecido para el comienzo del trastorno depresivo mayor, y parece que unos niveles altos vuelven a los sujetos más proclives a desarrollar episodios depresivos en respuesta a los acontecimientos vitales estresantes.

Ambientales. Los acontecimientos adversos en la infancia, especialmente cuando son múltiples experiencias de diversos tipos, constituyen un potente conjunto de factores de riesgo de contraer un trastorno depresivo mayor. Los acontecimientos vitales estresantes están bien reconocidos como precipitantes de los episodios de depresión mayor, pero la presencia o ausencia de acontecimientos vitales adversos próximos al comienzo de los episodios no parece ser útil para el pronóstico ni la elección del tratamiento.

Genéticos y fisiológicos. Los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen un riesgo dos a cuatro veces mayor que el de la población general. El riesgo relativo parece ser mayor en las formas de inicio temprano y recurrentes. La heredabilidad es de aproximadamente el 40 %, y los rasgos neuróticos de la personalidad cuentan en proporción considerable para esta asociación genética.

Modificadores del curso. Esencialmente, todos los trastornos no afectivos mayores aumentan el riesgo de que un sujeto desarrolle depresión. Los episodios de depresión mayor que se desarrollan en el contexto de otro trastorno suelen seguir con frecuencia un curso más refractario. El trastorno por consumo de sustancias, la ansiedad y el trastorno límite de la personalidad se encuentran entre los más frecuentes, y la presencia de síntomas depresivos puede oscurecer y retrasar su reconocimiento. Sin embargo, la mejoría clínica mantenida de los síntomas depresivos puede depender del tratamiento apropiado y de la enfermedad subyacente. Las enfermedades médicas crónicas o discapacitantes también aumentan el riesgo de episodios de depresión mayor. Estas enfermedades prevalentes, como la diabetes, la obesidad mórbida y la patología cardiovascular, se complican a menudo con episodios depresivos, y es más probable que estos episodios se vuelvan crónicos si se comparan con los episodios depresivos de los pacientes sin enfermedades médicas.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los estudios sobre el trastorno depresivo mayor en las diferentes culturas han mostrado diferencias de hasta siete veces en las tasas de prevalencia a los doce meses, pero existe mucha más uniformidad en la proporción mujeres/hombres, en las edades medias de inicio y en el grado en que

la presencia del trastorno aumenta la probabilidad de un trastorno por abuso de sustancias comórbido. Aunque estos hallazgos sugieren diferencias culturales importantes en la expresión del trastorno depresivo mayor, no permiten determinar asociaciones simples entre culturas concretas y la probabilidad de presentar síntomas específicos. Más bien, los clínicos deberían ser conscientes de que la mayoría de los casos de depresión no se reconocen en los centros de atención primaria en la mayor parte de los países, y de que es muy probable que en muchas culturas los síntomas somáticos sean la queja de presentación. Entre los síntomas del Criterio A, el insomnio y la pérdida de energía son los que se presentan de modo más uniforme.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Aunque la mayor frecuencia en las mujeres es el hallazgo más reproducido en la epidemiología del trastorno depresivo mayor, no hay diferencias claras entre sexos en cuanto a síntomas, curso, respuesta al tratamiento y consecuencias funcionales. En las mujeres hay mayor riesgo de intentos del suicidio y el riesgo de suicidio consumado es menor. La disparidad entre las tasas de suicidio de ambos sexos no es tan grande en los pacientes con trastornos depresivos como en la población general.

Riesgo de suicidio

La posibilidad de una conducta suicida existe durante todo el tiempo que duran los episodios de depresión mayor. El factor de riesgo que se ha descrito de manera más sistemática son los antecedentes de intentos o amenazas de suicidio, pero habría que recordar que la mayoría de los suicidios consumados no se han precedido de intentos fallidos. Otras características asociadas a un aumento del riesgo de suicidio consumado son: ser varón, estar soltero o vivir solo y tener intensos sentimientos de desesperanza. La presencia del trastorno límite de la personalidad aumenta notablemente el riesgo de futuros intentos de suicidio.

Consecuencias funcionales del trastorno de depresión mayor

Muchas de las consecuencias funcionales del trastorno depresivo mayor provienen de los síntomas individuales. El deterioro puede ser muy ligero, de modo que muchas personas que interactúan con los individuos afectados no son conscientes de los síntomas depresivos. Sin embargo, el deterioro puede llegar hasta a la incapacidad completa, de modo que el paciente deprimido va a ser incapaz de atender sus necesidades básicas de autocuidado, o sufre mutismo; o está catatónico. Entre los pacientes que se atienden en los centros médicos generales, los pacientes con trastorno depresivo

mayor tienen más dolor, más enfermedades físicas y más disminución del funcionamiento en las áreas física, social y personal.

Diagnóstico diferencial

Episodios maníacos con ánimo irritable o episodios mixtos. Los episodios de depresión mayor con marcado ánimo irritable pueden ser difíciles de diferenciar de los episodios maníacos con ánimo irritable o de los episodios mixtos. Esta distinción requiere una evaluación clínica minuciosa de la presencia de síntomas maníacos.

Trastorno del humor debido a otra afección médica. El diagnóstico apropiado es un episodio depresivo mayor y se debería basar en la historia personal, el examen físico y las pruebas de laboratorio, si no se considera que el trastorno del ánimo es consecuencia directa de una afección médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, infarto cerebral, hipotiroidismo).

Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos. Este trastorno se distingue del trastorno depresivo mayor por el hecho de que existe una sustancia (p. ej., una droga de abuso, una medicación, una toxina) que parece estar etiológicamente relacionada con la alteración del ánimo. Por ejemplo, el ánimo deprimido que ocurre sólo en el contexto de la abstinencia de cocaína se debería diagnosticar de trastorno depresivo inducido por cocaína.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. La distraibilidad y la baja tolerancia a la frustración pueden aparecer tanto en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad como en el episodio depresivo mayor; si se cumplen los criterios de ambos, se debería diagnosticar el trastorno por déficit de atención/hiperactividad además del trastorno del ánimo. Sin embargo, el clínico debe tener precaución para no sobrediagnosticar un episodio depresivo mayor en los niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad cuya alteración del ánimo se caracterice por irritabilidad más que por tristeza o por pérdida de interés.

Trastorno de adaptación con ánimo deprimido. El episodio depresivo mayor que ocurre en respuesta a un factor estresante psicosocial se distingue del trastorno de adaptación con ánimo deprimido por el hecho de que los criterios diagnósticos completos del episodio depresivo mayor no se cumplen en el trastorno de adaptación.

Tristeza. Por último, los períodos de tristeza son aspectos inherentes de la experiencia humana.

Estos períodos no deberían diagnosticarse de episodio depresivo mayor a menos que se cumplan los criterios de gravedad (p. ej., cinco de los nueve síntomas) y duración (p. ej., la mayor parte del día casi cada día durante al menos dos semanas), y que exista malestar o deterioro clínicamente significativo. El diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado puede ser apropiado para las presentaciones de ánimo deprimido con deterioro clínicamente significativo que no cumplan los criterios de duración o de gravedad.

Comorbilidad

Otros trastornos con los que el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia son los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad.

Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras, personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobre alimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirá los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Características diagnósticas

El rasgo principal del trastorno depresivo persistente (distimia) es un estado de ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes (Criterio A). En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-V. La depresión mayor puede preceder al trastorno depresivo persistente, y los episodios de depresión mayor pueden ocurrir durante el trastorno depresivo persistente. Los pacientes cuyos síntomas cumplan los criterios del trastorno depresivo mayor durante dos años se deberían diagnosticar de trastorno depresivo persistente además del trastorno depresivo mayor. Los pacientes con trastorno depresivo persistente describen su estado de ánimo como triste o con el ánimo "por los suelos".

Durante los períodos de ánimo deprimido deben presentarse al menos dos de los seis síntomas del Criterio B. Como estos síntomas forman parte de la experiencia diaria del paciente, sobre todo en los casos de inicio temprano (p. ej., "siempre he sido así"), es posible que no se mencionen a menos que se le pregunte al individuo. Durante el período de dos años (de un año en los niños o los adolescentes), cualquier intervalo sin síntomas dura como máximo dos meses (Criterio C).

Prevalencia

El trastorno depresivo persistente es una amalgama del trastorno distímico y del trastorno de depresión mayor crónico del DSM-V. La prevalencia en 12 meses en Estados Unidos es

aproximadamente del 0,5 % para el trastorno depresivo persistente y del 1,5 % para el trastorno depresivo mayor crónico.

Desarrollo y curso

El trastorno depresivo persistente tiene a menudo un inicio temprano e insidioso (p. ej., en la infancia la adolescencia o la juventud) y, por definición, tiene un curso crónico. Entre los individuos con trastorno depresivo persistente y trastorno límite de la personalidad, la covarianza de los correspondientes rasgos a lo largo del tiempo sugiere la existencia de un mecanismo común. El comienzo temprano (p. ej., antes de los 21 años) se asocia a una mayor probabilidad de trastornos comórbidos de la personalidad y de abuso de sustancias.

Cuando los síntomas alcanzan el nivel de un episodio depresivo mayor, es probable que descendan posteriormente a un nivel inferior. Sin embargo, los síntomas depresivos remiten menos probablemente en un determinado período de tiempo, en el contexto de un trastorno depresivo recurrente que en el de un episodio depresivo mayor.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los factores que predicen un pronóstico a largo plazo son los mayores niveles de neuroticismo (afectividad negativa), la mayor gravedad de los síntomas, un peor funcionamiento global y la presencia de trastornos de ansiedad o de conducta.

Ambientales. Los factores de riesgo en la infancia son la pérdida de los padres y su separación.

Genéticos y fisiológicos. No hay diferencias claras entre el desarrollo, el curso y la historia familiar de la enfermedad del trastorno distímico y del trastorno depresivo mayor crónico del DSM-V. Es probable que los hallazgos anteriores concernientes a cualquiera de esos diagnósticos sean aplicables al trastorno depresivo persistente. Es, por tanto, probable que los pacientes con trastorno depresivo persistente tengan una mayor proporción de familiares de primer grado con dicho trastorno que los pacientes con trastorno depresivo mayor, y que tengan más trastornos depresivos en general. Se han implicado varias regiones cerebrales (p. ej., el córtex prefrontal, el cíngulo anterior, la amígdala, el hipocampo) en los trastornos depresivos persistentes. Además, es posible que existan también alteraciones polisomnográficas.

Consecuencias funcionales del trastorno depresivo persistente

El grado en que el trastorno depresivo persistente repercute en el funcionamiento social y laboral varía ampliamente, pero sus efectos pueden ser tan grandes o incluso mayores que los del trastorno depresivo mayor.

Diagnóstico diferencial

Trastorno depresivo mayor. Si existe ánimo deprimido además de dos o más síntomas de los criterios del episodio depresivo persistente durante dos años o más, entonces se realiza el diagnóstico de trastorno depresivo persistente. El diagnóstico depende de la duración de dos años, que lo distingue de los episodios de depresión que duran menos de dos años. Si los síntomas cumplen criterios suficientes para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor en cualquier momento de este período, entonces se debería hacer el diagnóstico de depresión mayor, pero no se codifica como un diagnóstico separado, sino como un especificador del trastorno depresivo persistente. Si los síntomas del paciente cumplen en el momento actual todos los criterios del episodio depresivo mayor, entonces se debería usar el especificador "con episodios intermitentes de depresión mayor con el episodio actual". Si el episodio depresivo mayor ha tenido una duración de al menos dos años y sigue presentándose, entonces se usa el especificador "con episodio de depresión mayor persistente".

Cuando no se cumplen todos los criterios del episodio depresivo mayor en el momento actual, pero ha existido al menos un episodio de depresión mayor en el contexto de al menos dos años de síntomas depresivos persistentes, entonces se usa el especificador "con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual". Si el paciente no ha presentado un episodio de depresión mayor en los últimos dos años, entonces se usa el especificador "con síndrome distímico puro".

Trastornos psicóticos. Los síntomas depresivos son un rasgo común que se asocia a los trastornos psicóticos crónicos (p. ej., el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno delirante). No se hace un diagnóstico distinto de trastorno depresivo persistente si los síntomas ocurren durante el curso del trastorno psicótico (incluidas las fases residuales).

Trastorno depresivo o bipolar debido a otra afección médica. Se debe distinguir el trastorno depresivo persistente del trastorno depresivo o bipolar debido a otra afección médica. El diagnóstico de trastorno depresivo o bipolar debido a otra afección médica si no se considera que las alteraciones anímicas sean atribuibles a los efectos fisiopatológicos directos de una afección médica específica, normalmente crónica, basándose en la historia personal, el examen físico y las pruebas de laboratorio (p. ej., esclerosis múltiple). Si se considera que los síntomas depresivos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica, entonces se codifica el trastorno mental primario

(p. ej., trastorno depresivo persistente) y la afección médica se considera como una afección médica concomitante (p. ej., diabetes mellitus).

Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos. El trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno depresivo persistente cuando se considera que hay una sustancia (p. ej., una droga de abuso, una medicación, una toxina) que podría estar etiológicamente relacionada con la alteración del ánimo.

Trastornos de la personalidad. A menudo hay signos de la coexistencia de alteraciones de la personalidad. Cuando la presentación en un individuo cumple los criterios tanto del trastorno depresivo persistente como de un trastorno de la personalidad, se deben realizar ambos diagnósticos.

Comorbilidad

En comparación con los pacientes con trastorno depresivo mayor, los que tienen trastorno depresivo persistente tienen mayor riesgo de comorbilidad psiquiátrica en general y de trastornos de ansiedad y de abuso de sustancias en particular. El comienzo temprano del trastorno depresivo persistente se asocia claramente a los trastornos de personalidad de los clusters B y C del DSM-V.

Trastorno disfórico premenstrual 625.4 (N94.3)

Criterios diagnósticos

A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.

B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:

1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
2. Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales.
3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de auto desprecio.
4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.

1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.

4. Cambio importante del apetito, sobre alimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnias o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.
7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso.

Nota: Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).

E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).

F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

Procedimientos de registro

Si los síntomas no se han confirmado mediante las evaluaciones diarias prospectivas de al menos dos ciclos sintomáticos, se debería indicar "provisional" después del nombre del diagnóstico (es decir, "trastorno disfórico premenstrual, provisional").

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno disfórico premenstrual son la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después.

Estos síntomas pueden acompañarse de síntomas conductuales y físicos. Los síntomas deben haber aparecido en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año y deben afectar negativamente al funcionamiento laboral o social. La intensidad y la expresividad de los síntomas acompañantes pueden estar estrechamente relacionadas con las características sociales y

culturales de la mujer afectada, de sus perspectivas familiares y de otros factores más específicos, como las creencias religiosas, la tolerancia social y aspectos relacionados con el papel de la mujer.

Típicamente, los síntomas alcanzan su cumbre alrededor del comienzo de la menstruación. Aunque no es infrecuente que los síntomas permanezcan durante los primeros días de la menstruación, la paciente debe tener un período libre de síntomas en la fase folicular después de que comience el período menstrual. Aunque los síntomas nucleares son los síntomas afectivos y de ansiedad, también aparecen síntomas conductuales y somáticos. Sin embargo, la presencia de síntomas físicos o conductuales en ausencia de síntomas afectivos o de ansiedad no es suficiente para el diagnóstico. Los síntomas son de gravedad (pero no de duración) comparable a la observada en otros trastornos mentales, como el episodio depresivo mayor o el trastorno de ansiedad generalizada. Para confirmar el diagnóstico provisional se requieren evaluaciones diarias prospectivas de los síntomas durante al menos dos ciclos sintomáticos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Se han descrito delirios y alucinaciones en la fase lútea tardía del ciclo menstrual, aunque son raros. Algunos consideran la fase premenstrual un período con riesgo de suicidio.

Prevalencia

La prevalencia a los doce meses del trastorno disfórico premenstrual está entre el 1,8 y el 5,8 % de las mujeres con menstruación. Hay una sobrestimación de la prevalencia si las cifras se basan en informes retrospectivos más que en evaluaciones diarias prospectivas. Sin embargo, la prevalencia estimada, basada en un registro diario de los síntomas durante 1-2 meses, puede ser menos representativa, ya que las pacientes con síntomas más graves quizá no sean capaces de mantener el proceso de registro. La estimación más rigurosa del trastorno disfórico premenstrual es del 1,8 % en las mujeres que cumplen todos los criterios sin deterioro funcional, y del 1,3% en las mujeres que cumplen los criterios con deterioro funcional y síntomas concomitantes de otro trastorno mental.

Desarrollo y curso

El inicio del trastorno disfórico premenstrual puede aparecer en cualquier momento tras la menarquia. La incidencia de casos nuevos en un período de seguimiento de 40 meses es del 2,5 % (intervalo de confianza del 95 % - 1,7-3,7). De modo anecdótico, muchas pacientes refieren que los síntomas empeoran al acercarse la menopausia. Los síntomas cesan tras la menopausia, aunque el tratamiento hormonal sustitutivo cíclico puede precipitar de nuevo la presentación de síntomas.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. Los factores ambientales que se asocian a la presentación del trastorno disfórico premenstrual son el estrés, los antecedentes de traumas interpersonales, los cambios estacionales y a los aspectos socioculturales de la conducta sexual femenina en general y del papel del género femenino en particular.

Genéticos y fisiológicos. No se conoce la heredabilidad del trastorno disfórico premenstrual. Sin embargo, se estima que el rango de heredabilidad para los síntomas premenstruales oscila entre un 30 y un 80 %, siendo la estimación de la heredabilidad de un 50 % para el componente más estable de los síntomas premenstruales.

Modificadores de curso. Es posible que las mujeres que usan anticonceptivos orales tengan menos síntomas premenstruales que las mujeres que no los usan.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El trastorno disfórico premenstrual no es un síndrome asociado a una cultura, ya que se ha observado en mujeres de Estados Unidos, Europa, India y Asia. No está claro si las tasas difieren por razas. Sin embargo, los factores culturales pueden influir significativamente sobre la frecuencia, la intensidad y la expresividad de los síntomas, y sobre los patrones de búsqueda de ayuda.

Marcadores diagnósticos

Como se ha indicado anteriormente, el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual se confirma adecuadamente tras dos meses de evaluación prospectiva de los síntomas. Se han validado varias escalas, incluidas la Evaluación diaria de la gravedad de los problemas y la Escala analógica visual para los síntomas anímicos premenstruales, que se usan habitualmente en los ensayos clínicos del trastorno disfórico premenstrual. Se ha validado la Escala de evaluación de la tensión premenstrual que tiene una versión auto aplicada y otra para un observador, y ambas versiones se usan mucho para medir la gravedad de la enfermedad en las mujeres con trastorno disfórico premenstrual.

Consecuencias funcionales del trastorno disfórico premenstrual

Los síntomas deben producir un malestar clínicamente significativo o un deterioro obvio y notable de la capacidad, para funcionar en el plano social u ocupacional en la semana previa a la menstruación.

El deterioro del funcionamiento social puede manifestarse a través de desavenencias matrimoniales y de problemas con los niños, con otros miembros de la familia o con los amigos. No se debería confundir los problemas matrimoniales o laborales crónicos con la disfunción que aparece solamente asociada al trastorno disfórico premenstrual.

Diagnóstico diferencial

Síndrome premenstrual. El síndrome premenstrual difiere del trastorno disfórico premenstrual en que no se requiere un mínimo de cinco síntomas y en que no existe un convenio de síntomas afectivos en las mujeres con síndrome premenstrual. Esta afección puede que sea más frecuente que el trastorno disfórico premenstrual, aunque la prevalencia estimada del síndrome premenstrual varía. Aunque síndrome premenstrual comparte la característica de que los síntomas aparecen durante la fase premenstrual del ciclo menstrual, se le considera por lo general menos grave que el trastorno disfórico premenstrual. La presencia de síntomas físicos o conductuales en la premenstruación, sin los síntomas afectivos requeridos, probablemente cumpla los criterios del síndrome premenstrual y no los del trastorno disfórico premenstrual.

Dismenorrea. La dismenorrea es un síndrome de menstruaciones dolorosas que difiere del caracterizado por cambios afectivos. Además, los síntomas de la dismenorrea comienzan al inicio de la menstruación, mientras que los síntomas del trastorno disfórico premenstrual, por definición, comienzan antes del inicio de la menstruación, incluso aunque permanezcan durante los primeros días de ésta.

Trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno depresivo persistente (distimia). Muchas mujeres con trastorno bipolar o trastorno depresivo mayor o trastorno depresivo persistente (distimia) (natural o inducido por sustancias/medicamentos) creen que tienen un trastorno disfórico premenstrual. Sin embargo, cuando exponen los síntomas se dan cuenta de que éstos no siguen un patrón premenstrual. Las mujeres con otro trastorno mental pueden presentar síntomas crónicos o síntomas intermitentes que no se relacionan con la fase del ciclo menstrual. Sin embargo, como el comienzo de la menstruación constituye un hecho fácil de recordar, puede que refieran que los síntomas ocurren sólo durante la fase premenstrual o que los síntomas empeoren antes en la fase premenstrual. Este es uno de los objetivos para cumplir el requisito de que los síntomas sean confirmados mediante evaluaciones diarias prospectivas. El proceso del diagnóstico diferencial, en particular si el clínico cuenta sólo con síntomas retrospectivos, se hace más difícil por el solapamiento entre los síntomas del trastorno disfórico premenstrual y algunos otros diagnósticos. El solapamiento de síntomas es particularmente relevante para diferenciar el trastorno disfórico premenstrual del trastorno depresivo mayor, del trastorno depresivo persistente, de los trastornos bipolares y del

trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, la tasa de trastornos de la personalidad no es más alta en las mujeres con trastorno disfórico premenstrual que en las que no lo presentan.

Uso de tratamientos hormonales. Algunas mujeres que presentan síntomas premenstruales moderados o graves podrían estar utilizando tratamientos con hormonas, incluidos los anticonceptivos hormonales. Si los síntomas aparecen tras el inicio del uso hormonal exógeno, los síntomas pueden deberse al uso de las hormonas más que a la afección subyacente de un trastorno disfórico premenstrual. Si la mujer suspende las hormonas y los síntomas desaparecen, se puede deducir que se trata de un trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos.

Comorbilidad

El trastorno previo que con más frecuencia se refiere en las pacientes con trastorno disfórico premenstrual es el episodio depresivo mayor. Existe un amplio espectro de trastornos médicos (p. ej., migraña, asma, alergias, epilepsia) y de otros trastornos mentales (p. ej., trastornos bipolares y depresivos, trastornos de ansiedad, bulimia nerviosa, trastornos por consumo de sustancias) que pueden empeorar en la fase premenstrual; sin embargo, la ausencia de un período libre de síntomas durante el intervalo posmenstrual obvia el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual. Estas afecciones se consideran más bien la exacerbación premenstrual de un trastorno mental o médico en curso. Aunque el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual no se debería realizar en situaciones en las que la persona presente únicamente un empeoramiento premenstrual de otros trastornos mentales o médicos se podría considerar este diagnóstico, además del diagnóstico de otro trastorno mental o físico, si la persona presentara los síntomas y los cambios en el nivel de funcionamiento que son característicos del trastorno disfórico premenstrual y que son notablemente diferentes de los síntomas que se experimentan como parte del otro trastorno.

Clasificación internacional de las enfermedades mentales CIE-10

De acuerdo con el CIE-10 los trastornos del humor (afectivos) F30-F39 se dividen en:

F30-39 Trastornos del humor (afectivos)

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes.

F30 Episodio maniaco

Se especifican aquí tres niveles de gravedad que comparten la exaltación del humor, y el aumento de la cantidad y velocidad de la actividad física y mental propias del individuo. Todas las subdivisiones de esta categoría deben utilizarse solo para episodios maniacos aislados. En el caso de que haya episodios del trastorno del humor (afectivos) anteriores o posteriores, ya sean depresivos, maniacos o hipomaniacos, debe recurrirse al trastorno bipolar (F31.-). Incluye trastorno bipolar aislado. Episodio maniaco aislado.

F30.0 Hipomanía

La hipomanía es un grado menor de manía (F30.1) en el que las alteraciones del humor del comportamiento son demasiado persistentes y marcadas como para ser incluidas en el apartado de ciclotimia (F43.0) pero a su vez no se acompañan de alucinaciones o ideas delirantes. Hay una exaltación leve y persistente del ánimo (durante al menos varios días seguidos), un aumento de la vitalidad y de la actividad y por lo general, sentimientos marcados de bienestar y de elevado rendimiento físico y mental. También es frecuente que el individuo se vuelva más sociable, hablador, que se comporte con una familiaridad excesiva, que se muestre un excesivo vigor sexual y una disminución de la necesidad de sueño, pero nada de esto tiene una intensidad suficiente como para interferir con la actividad laboral o provocar rechazo social. En algunos casos la irritabilidad, el engreimiento y la grosería pueden sustituir a la exagerada sociabilidad eufórica.

Puede alterarse la capacidad de atención y concentración, dando lugar a una imposibilidad para desarrollar con calma actividades laborales, de entretenimiento o descansar tranquilamente. No obstante, esto no suele impedir el interés por actividades y empresas totalmente nuevas o por gastos ligeramente excesivos.

Pautas para el diagnóstico: deben presentarse varias de las características citadas anteriormente de exaltación o de alteración del estado de ánimo, y del aumento de la vitalidad durante al menos varios días seguidos, en un grado y con una persistencia mayor que la descrita para la ciclotimia (F43.0). Una inferencia considerable con la actividad laboral o social permite el diagnóstico de hipomanía, pero si la inferencia es grave o completa se debe diagnosticar de manía (F30.1 o F30.2).

F31 Trastorno bipolar

Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados. A diferencia de otros trastornos del humor

(afectivos) la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma. Dado que los enfermos que sufre únicamente episodios repetidos de manía son relativamente escasos y de características muy parecidas (antecedentes familiares, personalidad pre mórbida, edad de comienzo y pronóstico o largo plazo) al resto de los enfermos que tienen al menos episodios ocasionales de depresión estos enfermos se clasifican como otro trastorno bipolar (F31.8).

Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un periodo de tiempo que oscila entre dos semanas y cuatro a cinco meses (la duración mediana es de cuatro meses). Las depresiones tienden a durar más (su duración mediana es de seis meses), aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada. Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad desde la infancia hasta la senectud. La frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida.

Incluye: trastorno maniaco-depresivo. Psicosis maniaco-depresiva- reacción maniaco-depresiva. Trastorno bipolar, episodio maniaco (F30.-). Ciclotimia (F34.0).

F32 Episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser útil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la

agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede ser enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional o acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas) pérdida marcada del apetito, pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes), pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye: episodios aislados de reacción depresiva. Depresión psicógena (F32.0, F32.1 o F32.2). Depresión reactiva (F32.0, F32.1 o F32.2). Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

Animo depresivo la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe de estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos.

F32.00 Sin síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndromes somáticos o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático: Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndromes somáticos (si están presentes solo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para el episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático.

F33 Trastorno depresivo recurrente

Trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía F30.1 y F30.2. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía (F30.0) inmediatamente después de un episodio depresivo a veces precipitados por el tratamiento antidepressivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses) pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos ha de utilizarse también esta categoría). A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto en los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

Incluye:

(F33.0 o F33.1) Episodios recurrentes de: reacción depresiva. Depresión psicógena. Depresión reactiva. Trastorno afectivo estacional.

(F33.2 o F33.3) Episodios recurrentes de: depresión endógena. Depresión mayor. Psicosis maniaco-depresiva (de tipo depresivo). Depresión psicótica psicógena o reactiva. Depresión psicótica. Depresión vital.

Excluye: episodios depresivos breves recurrentes (F38.1).

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes

Trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios aislados son rara vez los suficientemente intensos como para ser descritos como hipomaniacos o incluso como episodios depresivos leves. Dado que duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo suelen acarrear un considerable malestar y una serie de incapacidades. En algunos casos, sin embargo, episodios recurrentes o aislados de manía o de depresión, leve o grave pueden superponerse a un trastorno afectivo persistente. Los trastornos afectivos persistentes se clasifican en esta sección en vez de con los trastornos de personalidad porque estudios familiares han demostrado que existe una relación genética con los trastornos del humor (afectivos) y por qué a veces responden a los mismos tratamientos que estos. Se han descrito variedades de comienzo precoz y tardío de ciclotimia.

F34.0 Ciclotimia

Trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos periodos de depresión y de euforia leves. Esta inestabilidad aparece por lo general al inicio de la edad adulta y sigue un curso crónico, aunque a veces el estado de ánimo permanece normal y estable durante meses seguidos. El enfermo no percibe relación alguna entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales. Las oscilaciones del ánimo son relativamente leves y los periodos de euforia pueden ser muy agradables, la ciclotimia pasa frecuentemente desapercibida a la atención médica. Esto puede deberse en algunos casos, a que los cambios del estado de ánimo son menos evidentes que los cambios cíclicos en el nivel de actividad, la confianza en sí mismo la sociabilidad o las apetencias. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío.

Pautas para el diagnóstico

Inestabilidad persistente del estado de ánimo, lo que trae consigo un gran número de episodios de depresión y euforia leves, ninguno de los cuales ha sido lo suficientemente intenso y duradero como

para satisfacer las pautas de diagnóstico y descripción de un trastorno bipolar (F31.-) o un trastorno depresivo recurrente (F33.-). Esto implica que los episodios aislados de oscilación del humor que no satisfacen las pautas para ninguna de las categorías descritas en episodio maniaco (F30.-) o episodio depresivo (F32.-).

Incluye: trastorno de personalidad afectiva. Personalidad cicloide. Personalidad ciclotímica.

F34.1 Distimia

Depresión crónica del estado de ánimo que no se corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1), por su gravedad o por la duración de los episodios (aunque pueden haberse satisfecho las pautas para un episodio depresivo leve en el pasado, en especial al inicio del trastorno). La proporción entre las fases recortadas de depresión leve y los periodos intermedios de comparativa normalidad es muy variable. Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana. La distimia, por lo tanto, tiene mucho en común con los conceptos de neurosis depresiva y depresión neurótica. Si fuese necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío.

Pautas para el diagnóstico

Depresión prolongada de estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1). Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida. Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un episodio depresivo aislado (F32.-) o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos.

Incluye: depresión ansiosa persistente. Neurosis depresiva. Trastorno de personalidad depresiva. Depresión neurótica (de más de dos años de duración).

Excluye: depresión ansiosa leve o no persistente (F42.2). Reacción de duelo de menos de dos años de duración (F43.21, reacción depresiva prolongada). Esquizofrenia residual (F20.5).

F38.10 Trastorno depresivo breve recurrente

Durante el año anterior se han presentado cada mes episodios depresivos recurrentes breves. Todos los episodios depresivos aislados duran menos de dos semanas (típicamente dos o tres días, con recuperación completa), pero satisfacen las pautas sintomáticas de episodio depresivo leve, moderado o grave (F32.0, F32.1, F32.2).

La depresión en la mujer

Entre las mujeres, la depresión toma formas particulares o mejor dicho, hace su aparición en momentos particulares de la vida:

1. Depresión premenstrual.
2. Depresión posparto
3. Depresión de la mujer de mediana edad
4. Síndrome del “nido vacío” o depresión posmaternal.

Cada una de estas formas, se pueden presentar en distintos grados de severidad. Si los síntomas interfieren seriamente en la habilidad para trabajar, dormir, comer o disfrutar de actividades que anteriormente fueron agradables, se trata de una depresión mayor, con síntomas más incapacitantes.

En el otro extremo tenemos un tipo de depresión que habitualmente pasa inadvertida como tal y que comprende una serie de síntomas de larga duración crónicos, que no inhabilitan pero que impiden vivir al máximo de energía, o entorpecen la posibilidad de sentirse bien. En ocasiones, las personas que sufren de esta forma de depresión encubierta pueden experimentar episodios de depresión mayor.

Depresiones encubiertas

También se las denomina depresiones enmascaradas o equivalentes de la depresión. Algunas de ellas consisten en entidades que tienen tanto una identidad como un diagnóstico propio, como es el caso del comer compulsivo (bulimia) y otras adicciones: alcoholismo drogas. No obstante, subyacentemente, o dado origen a estas otras afecciones, puede encontrarse un trastorno depresivo. Las formas encubiertas pueden dar lugar a una sintomatología variada que se examina a continuación:

1. Comer compulsivo. Si bien lo que se describe como síntoma más frecuente es la pérdida del apetito, que en algunos casos puede ser extrema, en otros casos la obesidad, el comer desenfrenadamente, está poniendo de manifiesto una forma de comienzo de la depresión. El sentimiento vago de “vacío” de desgana, puede concretarse en la sensación física del vacío

estomacal y conducir a la tentativa fallida de suprimirlo atiborrándose de comida. En las mujeres, esto contribuye a profundizar su malestar, ya que la silueta se resiente y es mayor el desánimo.

2. Problemas en la vida de pareja. En estos casos los problemas de pareja son consecuencia de la depresión y no su causa.

- a) Dificultades sexuales. Verdadera tragedia femenina. Una de las mayores preocupaciones es el fantasma de la amenaza y/o ruptura amorosa. Mucho se ha escrito sobre las mujeres que simulan una satisfacción sexual que no sienten o, por el contrario, se las culpabiliza de su frigidez. Lo que se observa cuando se les escucha, es que muy frecuentemente cuando tienen algún conflicto con su pareja, casi de inmediato este conflicto –sea de la índole que sea- afecta su disposición sexual. Pero las mujeres saben que la sexualidad es una clave del bienestar de la pareja, y que él se resiente, se enfada y se distancia si la vida sexual se enrarece. Por ello, se avienen a una gimnasia sexual sin el menor deseo.

Cuando una mujer atraviesa un estado depresivo, por lo general tiene un doble problema; el que le genera la depresión y, en segundo lugar, el conflicto que surge en la pareja por su indiferencia sexual. Circulo vicioso nefasto, pues el rechazo sexual la sumerge en una depresión aún más honda por el temor a la soledad o al abandono. Muchas veces, al desconocerse tanto los motivos que desencadenan el estado depresivo como la depresión en sí misma, y trasladarse estos conflictos a la arena de la relación de pareja y específicamente a la relación sexual lo que aparece a primera vista es una batalla conyugal.

- b) Irritación y desanimo. Lo mismo sucede con muchas consultas sobre problemas de pareja en las que predominan las disputas, los desacuerdos sobre los temas más diversos, y que en realidad tienen su fuente en desequilibrios de la autoestima, en insatisfacciones personales no reconocidas como tales que, de forma compulsiva y automática, se vuelcan en la relación afectiva más próxima, por lo general la pareja.

3. Problemas en las relaciones interpersonales. Volcar un estado de ánimo que proviene de un conflicto interior en el seno de una relación interpersonal es uno de los mecanismos psicológicos más generalizados.

4. Síntomas físicos: en algunas ocasiones, algunas mujeres dan con un profesional de la salud que las escucha y, posteriormente, no explicándose la razón, se sienten aliviadas de su estado físico y de mejor estado de ánimo.

Si bien las cefaleas, constipados, malas digestiones, insomnio, etc., son síntomas físicos que se presentan con frecuencia como acompañantes de los síntomas principales de la depresión, a veces son la única manifestación de la misma. Esto es lo que se denomina somatizaciones. Si no se detecta adecuadamente la causa de estas manifestaciones, se pierde el tiempo y la confianza en la medicina.

Diferencia entre estar triste y deprimido

Desde tiempos inmemoriales se ha entendido la depresión como un estado de ánimo, y el término “melancolía” ha sido usado por poetas, escritores y trovadores de todas las épocas para evocar un sentimiento de profunda tristeza. En realidad, todos creemos que la depresión es un afecto, una pena muy honda, pero no es así. El humor es como la temperatura: sube o baja, si bien sabemos que el termómetro no es el causante del calor o del frío que sentimos. De la misma manera debemos considerar que si el ánimo se nos cae por los suelos es por alguna causa. El humor el estado de ánimo, es el termómetro de nuestra subjetividad.

Las teorías vigentes sobre la depresión han mostrado que la variación del ánimo es el resultado de alguna idea, pensamiento o juicio negativo. Las actitudes pesimistas juegan un papel fundamental en la aparición y perpetuación de las manifestaciones depresivas. Las ideas negativas siempre preceden a la depresión. El humor y el ánimo completamente diferentes cuando no se acompañan de pensamientos derrotistas.

Las emociones –la alegría, el entusiasmo, el buen humor. Son el resultado de la forma en que se ven las cosas, una consecuencia de la significación que otorgamos a los acontecimientos. Esta ley no se aplica solo a la alegría o a la tristeza, sino a todos los sentimientos y emociones. Para que podamos sentir algo, previamente debemos darle algún significado a lo vivido, aunque sea el más elemental: el bienestar corporal; luego, “sentimos” este bienestar. “Sentir” tiene que ver con el sistema nervioso y el cerebro, con el nivel psicológico, con el significado atribuido a las cosas, aunque creamos o digamos que sentimos con el cuerpo y que es una sensación “visceral”.

No obstante, aunque la depresión es un estado de ánimo, un sentirse mal, un malestar, las personas deprimidas paradójicamente sienten poco, están como aletargadas, bloqueadas, retraídas, ensimismadas.

La tristeza es un sentimiento normal, adecuado y proporcional a la valoración realista de una circunstancia que implica una pérdida o un disgusto; en cambio, la depresión es una enfermedad que resulta de pensamientos distorsionados.

Existe una considerable confusión en torno a estos dos fenómenos humanos. Sin embargo, en la última década se ha avanzado considerablemente en el conocimiento de la depresión. La diferencia central radica en que la tristeza es un estado afectivo pleno vigoroso, manifiesto, que puede ser absolutamente normal, aunque también puede tratarse de un componente central de una depresión de mediana o de gran gravedad. A su vez, en otras ocasiones, los afectos pueden estar escondidos tras la depresión y lo que resalta es el mal humor y la irritabilidad.

Duelo

Freud definió el duelo como la reacción experimentada frente a la muerte, frente a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: Un país, un ideal, la libertad. Los motivos pueden ser variados y, desde la perspectiva de un observador, pueden parecer de poca magnitud, pero siempre contendrán la condición común de ser muy valorados afectivamente por el que sufre la pérdida.

La reacción afectiva que corresponde al proceso de duelo consiste en sentimientos de intenso dolor, tristeza, retraimiento de los intereses del mundo inhibición y pérdida de la motivación en las relaciones humanas. El célebre trabajo Duelo y melancolía de Sigmund Freud, define el duelo como un proceso normal, para diferenciarlo de la melancolía, en tanto enfermedad – que era la antigua denominación usada para las depresiones-. La persona en proceso de duelo sabe que es lo que ha perdido y pena por ello, siente tristeza y, después de un tiempo variable para cada persona en particular, se recupera. Por tanto, nuevamente en este caso, la presencia de la tristeza es la reacción adecuada y normal a la pérdida de algo valorado o intensamente querido.

Estadísticas

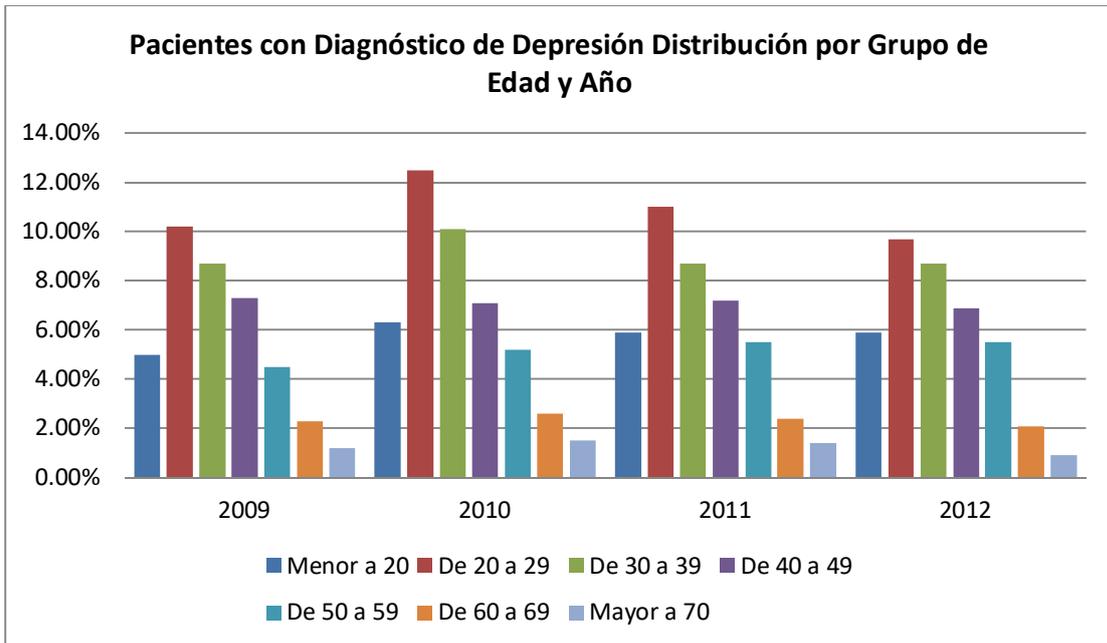
En todos los países en que se han realizado estudios estadísticos, las cifras revelan uniformemente que las mujeres padecen el doble de depresión que los hombres. Mientras que aproximadamente una de cada cinco mujeres sufre de una depresión mayor en su vida, en el caso de los hombres la proporción se reduce a uno de cada diez. Esta clara preponderancia del sexo femenino no resulta del hecho de que a las mujeres les dé menos vergüenza quejarse o estén más dispuestas a pedir ayuda profesional. Hay consenso en que los datos reflejan la vulnerabilidad a las que están expuestas, como ha podido ser comprobado por medio de estudios epidemiológicos que tienen en cuenta aquellos factores de desviación, introduciendo en las investigaciones las correcciones necesarias.

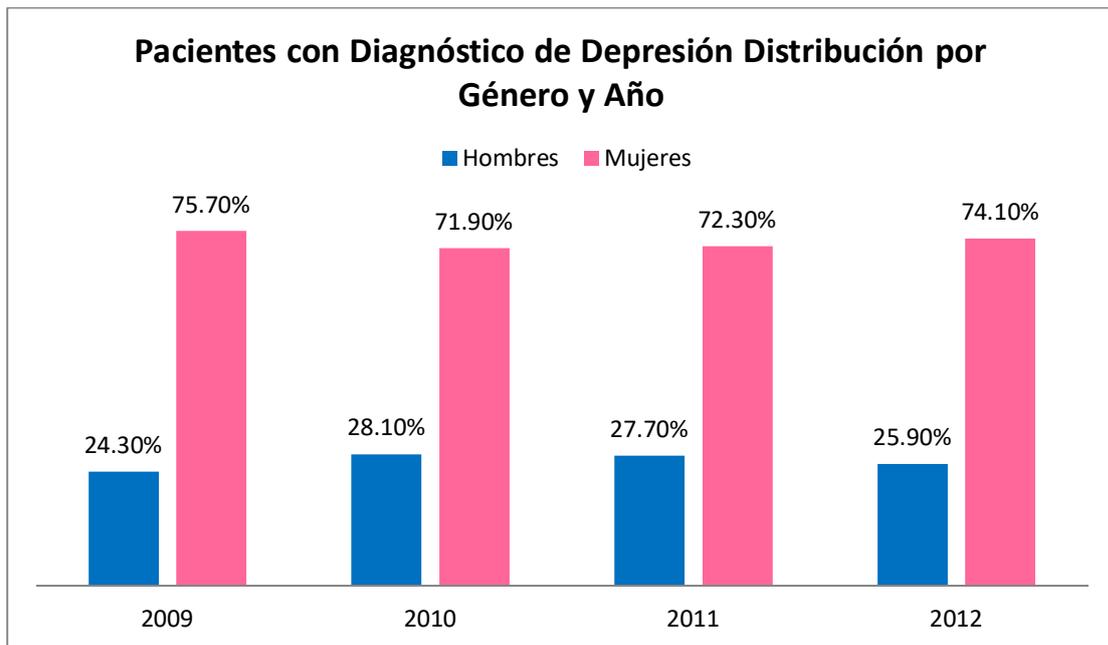
De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI:

- El porcentaje de los integrantes del hogar de 12 años y más que se ha sentido deprimido es de 35.6 %
- El porcentaje de los integrantes del hogar de 12 años y más con sentimientos de depresión semanalmente es de 13.4%
- El Porcentaje de los integrantes del hogar de 12 años y más con sentimientos de depresión diario es de 9.9%
- El porcentaje de los integrantes del hogar de 12 años y más con sentimientos de depresión mensualmente es de 11.8%

- El porcentaje de los integrantes del hogar de 12 años y más con sentimientos de depresión algunas veces al año es de 64.9%

De acuerdo con el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” en las últimas encuestas aplicadas los siguientes fueron los resultados obtenidos:





Resultados de la última encuesta del año 2014.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS, la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas, que en el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Capítulo 2. Desarrollo de mujeres de 18 a 29 años

Introducción

En general, los psicólogos coinciden que la edad adulta temprana comienza alrededor de los 20 años y dura hasta cerca de los 40 a 45 años, y a partir de ahí se inicia la edad adulta intermedia, que continúa hasta los 65 años. Pese a la enorme importancia de esos periodos de la vida en términos de los logros que ocurren en ellos y su duración en general (en conjunto abarcan unos 45 años), se han estudiado menos que cualquier otra etapa. Por una parte, los cambios fisiológicos que tienen lugar durante estos lapsos son menos evidentes y más graduales que los que se dan durante otros periodos del ciclo vital. Además, los diversos cambios sociales que surgen durante este periodo son inclasificables. Sin embargo, los psicólogos del desarrollo ya empiezan a estudiar la edad adulta temprana e intermedia, para proseguir después con la edad adulta tardía, periodos que han demostrado un cambio significativo.

Para la mayoría de las personas, la edad adulta temprana marca el punto máximo de la salud física. Aproximadamente desde los 18 hasta los 25 años, la fuerza del organismo es más elevada, sus reflejos son más rápidos y las posibilidades de morir de enfermedades son muy escasas. Además, las capacidades reproductoras se hallan en su nivel máximo.

Alrededor de los 25 años, el cuerpo se vuelve un poco menos eficiente y más susceptible a las enfermedades. Sin embargo, en general la mala salud aun es la excepción; la mayoría de las personas aún es muy saludable durante la edad adulta temprana.

Durante la edad adulta intermedia las personas poco a poco cobran conciencia de los cambios que ocurren en su cuerpo. Por lo común aumentan de peso. Además, hay una pérdida gradual de sensibilidad de los órganos sensoriales, y las reacciones a los estímulos se hacen más lentas. Pero en general, las disminuciones físicas durante la edad adulta intermedia son menores y a menudo pasan inadvertidas.

Los cambios físicos durante la edad adulta reflejan la naturaleza cuantitativa del desarrollo, las transiciones en el desarrollo social son cualitativas y más profundas. Durante este periodo, las personas suelen iniciar su profesión, matrimonio y familia.

La entrada a la edad adulta temprana suele estar marcada por el abandono del hogar paterno y el ingreso al mundo laboral. Las personas se plantean las metas de vida y hacen elecciones profesionales. Su vida suele centrarse en su profesión, la cual forma parte importante de su identidad.

Es durante esta etapa en donde ocurren los más altos índices de matrimonio. En la actualidad, es por igual probable que una pareja primero vivan juntos, luego se casen y tengan hijos, pero al final terminen por divorciarse.

Uno de los principales cambios en la vida familiar en las últimas décadas fue la evolución de los roles de hombres y mujeres. Ahora son más que antes las mujeres que actúan al mismo tiempo como esposas, madres y generadoras de ingresos, en comparación con las esposas pertenecientes a matrimonios tradicionales, en los cuales el marido es el único que aporta ingresos y la esposa asume la responsabilidad principal del cuidado del hogar y de los hijos.

La mayoría de las mujeres casadas que trabajan no están exentas de responsabilidades en el hogar. Incluso en los matrimonios en que ambos cónyuges tienen empleos de condición y horarios similares, la distribución de las labores caseras entre ambos no ha cambiado de manera sustancial. Aún es muy probable que las esposas que trabajan se sientan responsables de las tareas caseras tradicionales, como cocinar y limpiar.

En un estudio, se descubrió que las madres a cargo de niños mayores a 3 años trabajan en promedio noventa horas a la semana. La socióloga Arlie Hochschild se refiere al trabajo adicional que realizan las mujeres como la “doble jornada”. Según su análisis, las mujeres que trabajan y son madres invierten un mes extra en jornadas de 24 horas en el transcurso de un año. Los investigadores perciben patrones similares en muchas sociedades en desarrollo de todo el mundo, pues las mujeres trabajan en empleos de tiempo completo y también tienen las responsabilidades del cuidado de los hijos.

En consecuencia, en lugar de sustituir las labores domésticas con su profesión, esta suele coexistir con su papel de ama de casa. No sorprende que algunas esposas sientan resentimiento hacia sus maridos que dedican menos tiempo al cuidado de los hijos y a las labores domésticas.

Adultez

La vida adulta significa cosas diferentes para personas distintas. Para un niño, por ejemplo, significa privilegios especiales como poder permanecer despierto hasta tarde o no tener que ir a la escuela; para los padres del niño, significa actuar de manera madura y asumir responsabilidades. Para un adolescente significa ser uno mismo, tener un departamento y liberarse del control de los padres.

Dimensiones sociales

El principal significado de la vida adulta es social. Uno no puede declararse adulto, sino que es percibido como tal. Inevitablemente esta percepción refleja a una persona madura, racional y

responsable. Resulta inconcebible llamar adulta a una persona indisciplinada, irracional en quien no puede confiarse y que es socialmente irresponsable.

Dimensiones biológicas

Se define al adulto como aquel que ha alcanzado su tamaño y fuerza plenas; una persona totalmente desarrollada. Esta definición implica madurez biológica, alcanzar los límites del desarrollo físico y la capacidad reproductiva. Pero esta definición biológica por si sola es inadecuada; en la cultura occidental los adolescentes pueden alcanzar su estatura, fuerza potencial y ser sexualmente maduros, pero seguir comportándose de manera infantil y dependiente, con identidades nebulosas y estaciones indeterminadas de la vida.

Dimensiones emocionales

Ser adulto también incluye la madurez emocional. Implica un alto grado de estabilidad emocional, incluyendo un buen control de impulsos, una elevada tolerancia a la frustración y la libertad de oscilaciones violentas del estado de ánimo. Otro requisito de la vida adulta es romper los vínculos de dependencia infantil de los padres y funcionar de manera autónoma.

Dimensiones legales

La ley intenta diferenciar lo que debería y lo que no debería formar parte de los derechos y responsabilidades de los adultos. Para ello designa edades cronológicas en que se garantizan los privilegios y también se requiere el cumplimiento de las obligaciones; así, la Vigésimosexta Enmienda a la Constitución de Estados Unidos Mexicanos estableció en 18 años la edad legal para permitir el voto; de modo similar, las leyes sobre el trabajo infantil defienden parcialmente a quien se le permite tener un empleo lucrativo y el tipo de trabajo que se permite realizar a las edades de 16, 18 o 21 años. La legislación federal de los Estados Unidos Mexicanos restringe la edad en que pueden realizarse el servicio militar; las leyes constitucionales limitan la posibilidad de ser electo a la Cámara de Representantes de los Estados Unidos Mexicanos a las personas de 25 años en adelante, para el Senado, desde los 30 años, y para la presidencia, de 35 años en adelante.

Transición a la vida adulta

Dificultades

Convertirse en adulto es un proceso complicado, especialmente en la sociedad occidental pluralista y muy industrializada. Diferentes segmentos de la sociedad buscan proteger sus propios intereses levantando barreras contra la admisión; los sindicatos exigen largos periodos de aprendizaje, los negocios pueden requerir empleados que tengan años de educación formal. Hasta que una persona

cumpla con los requisitos establecidos por el grupo, se le niega la pertenencia adulta a esa sociedad. En la medida en que los requisitos se hacen más exigentes, la edad de admisión a la fuerza de trabajo adulta se demora y en consecuencia se alarga el periodo entre la niñez y la vida adulta.

Ritos de transición

En la cultura occidental tienen lugar numerosos ritos de transición antes de alcanzar la etapa adulta. Estos incluyen confirmaciones religiosas, pruebas para recibir las licencias de conducir y ceremonias de graduación escolar. Sin embargo, a diferencia de las culturas primitivas, cada uno de los ritos de la cultura occidental forma solo una pequeña parte del proceso para alcanzar la adultez. Incluso si se han aprobado varias pruebas, aun puede quedar duda respecto si a un individuo puede considerarse adulto en otros aspectos (Rice, 1990), lo que hace que la transición sea más ambigua y prolongada que en las culturas primitivas.

Socialización

Una parte importante del proceso de convertirse en adulto es la socialización que le acompaña. La socialización consiste en aprender y adoptar las normas, valores, expectativas y roles sociales requeridos por un grupo particular. Es el proceso que prepara a una persona para vivir en compañía de los demás.

Parte de la socialización es anticipatoria. Consiste en preparar a la gente para realizar ciertas tareas; un ejemplo de ello es la educación para una profesión específica. En otras ocasiones se requiere de una resocialización. Un adulto puede tener que reaprender o aprender algo nuevo en anticipación de una nueva tarea o rol. Así, un graduado universitario puede tener que regresar a la escuela antes de tomar un trabajo que requiere un conocimiento adicional. La resocialización puede requerirse por cambios en los roles, transferencias ocupacionales, cambios en la estructura familiar, reubicación, retiro o por otras razones, la socialización no es exclusiva de niños y adolescentes que se preparan para la vida adulta, si no que ocurre a lo largo de la vida adulta, particularmente los periodos de transición y preparación para nuevas experiencias.

Adultez emergente

La madurez sexual llega durante la adolescencia, aunque la madurez cognoscitiva puede requerir más tiempo. Existen varias definiciones de la adultez legal: a los 18 años los jóvenes pueden votar y, en la mayor parte de los estados pueden casarse sin la autorización de los padres; entre los 18 y los 21 años (según el estado), pueden firmar contratos. Si se usan las definiciones sociológicas, puede considerarse que una persona es adulta cuando se sostiene por si misma o ha elegido una

carrera, cuando se ha casado o iniciado una relación romántica importante, o cuando ha formado una familia.

La madurez psicológica puede depender de logros como el descubrimiento de la propia identidad, la independencia de los padres, el desarrollo de un sistema de valores y el establecimiento de relaciones. Algunos psicólogos sugieren que el inicio de la adultez no está indicado por criterios externos, si no por indicadores internos como el sentido de autonomía, autocontrol y responsabilidad personal, que es más un estado mental que un evento discreto (Shanahan, Purfwli y Mortimer, 2005). Desde este punto de vista, algunas personas nunca llegan a ser adultas, sin importar su edad cronológica.

Para los legos la adultez se define por tres criterios: 1) aceptar las responsabilidades propias, 2) tomar decisiones independientes y 3) obtener la independencia financiera (Arnett, 2006). En los países industrializados, se emplea más tiempo para alcanzar esas metas y se siguen rutas más variadas que en el pasado.

Desde la década de 1950, la revolución tecnológica ha convertido en un objetivo cada vez más indispensable la educación superior o la capacitación especializada. Las edades típicas de primer matrimonio y el primer nacimiento se han elevado considerablemente a medida que hombres y mujeres buscan una mayor educación u oportunidades vocacionales (Furstenberg, Rumbaut y Setterstein, 2005; Fussell y Furstenberg, 2005) antes de establecer relaciones de largo plazo. En la actualidad, el camino a la adultez puede estar marcado por múltiples hitos –ingresar a la universidad, trabajar, mudarse de casa, casarse y tener hijos- transiciones cuyo orden y tiempo varían (Schulenberg, Bachman y Johnston, 2005).

En consecuencia, algunos científicos del desarrollo sugieren que, para la mayoría de la gente joven en las sociedades industrializadas, el periodo entre los 18 o los 19 años hasta los 25 o 29 años se ha convertido en una etapa distinta del curso de la vida, la adultez emergente. La cual se trata de una etapa exploratoria, una época de posibilidades, una oportunidad de probar nuevas y diferentes formas de vida. En esencia, es un periodo durante el cual la gente joven ya no es adolescente, pero todavía no se ha asentado en los roles adultos (Arnett, 2000, 2004, 2006, Furstenberg et al., 2005). Aunque la incertidumbre y la confusión que puede marcar este proceso puede ser muy angustiante, la mayoría de las personas jóvenes tienen una visión positiva de su futuro y esperan su vida adulta (Arnett, 2007)

Desarrollo físico

Salud y condición física

Los adultos tempranos por lo general disfrutan los beneficios de buena salud, pero cada vez son más los riesgos para la salud que experimentan en relación con los estilos de vida modernos.

Durante este periodo se establece el cimiento del funcionamiento físico de por vida. La salud puede verse influida por los genes, pero los factores conductuales –la alimentación de los adultos tempranos, si duermen lo suficiente, cuanta actividad física realizan, y si fuman o consumen alcohol o drogas- contribuyen de manera importante a alcanzar un estado de salud y bienestar. Además, esos factores medioambientales pueden dar lugar a cambios epigenéticos en la expresión de algunos genes que pueden tener consecuencias permanentes (Dolinoy y Jirtle, 2008).

Los accidentes son la causa principal de muerte de los jóvenes entre las edades de 20 a 44 años (Xu et al., 2010). En los últimos 50 años disminuyó casi a la mitad la tasa de mortalidad de este grupo de edad y se observó también una disminución de la tasa de mortalidad de otros grupos de edad (Kochanek, Murphy, Anderson y Scott, 2004; Pastor, Makuc, Reuben y Xia, 2002). Los problemas de salud de esta etapa son un reflejo de los problemas de la adolescencia; no obstante, aumentan las tasas de lesiones, homicidios y consumo de sustancias.

Influencias genéticas en la salud

El mapeo del genoma humano ha permitido a los científicos descubrir las raíces genéticas de muchos trastornos, desde la obesidad hasta ciertos tipos de cáncer, además de ciertos problemas de salud mental. Los científicos también han descubierto un componente genético en el VIH/SIDA. Las personas con muchas copias de un gen que ayuda a combatir el VIH son menos propensas a infectarse con el virus o a desarrollar SIDA que la gente con menos copias del gen (González et al. 2005). La investigación también ha descubierto genes relacionados con un alto riesgo de cáncer de mama para las mujeres que portan la mutación (Wooster et al., 1995).

Si bien se requiere de algo de colesterol para un funcionamiento óptimo, una dieta poco saludable aunada a una propensión genética puede dar lugar a un elevado nivel de colesterol y a un mayor riesgo de enfermedad coronaria (Verschuren et al., 1995). Al igual que las cardiopatías relacionadas con el colesterol, la mayor parte de las enfermedades involucran tanto a la herencia como al medio ambiente. En un estudio, las probabilidades de que una persona desarrollara síntomas de depresión eran pronosticadas por una variante genética muy afectada por influencias medioambientales, como el apoyo de la familia (S.E. Taylor, Lehman, Kiefe y Seeman, 2006). Es muy probable que la tasa de hallazgos acerca de los genes que contribuyen en las enfermedades se incremente en el futuro.

Factores conductuales que influyen en la salud

La relación entre la conducta y la salud ilustra la interrelación entre los aspectos físicos, cognoscitivos y emocionales del desarrollo. Lo que las personas saben acerca de la salud influye en lo que hacen, y lo que hacen incide en cómo se sienten. No es suficiente tener información acerca de los buenos hábitos de salud. Con frecuencia, la personalidad, las emociones y el entorno social pesan más que lo que las personas saben que debería hacer y las conducen a una conducta poco saludable.

Algunos factores que tienen una fuerte conexión con la salud y la condición física son la dieta y el control de peso, la actividad física, el sueño, el tabaquismo, el consumo de alcohol y drogas y el estrés.

Aparte de las cosas que la gente hace, o se abstiene de hacer, que tiene un efecto directo en su salud, esta se ve afectada también por influencias indirectas como los ingresos económicos, la educación y la raza u origen étnico. También las relaciones parecen marcar una diferencia, lo mismo que las rutas que sigue la gente joven en la adultez.

Problemas de salud mental

Para la mayor parte de los adultos emergentes, la salud mental y el bienestar mejoran y los problemas de conducta disminuyen. Sin embargo, al mismo tiempo se incrementa la incidencia de trastornos psicológicos como la depresión mayor, la esquizofrenia y los trastornos bipolares. La transición a la adultez emergente pone fin a los años relativamente estructurados de la preparatoria. La posibilidad de tomar decisiones importantes y elegir trayectorias diversas suele ser liberadora, pero la responsabilidad de no depender de otra persona y de mantenerse por sí solo puede ser abrumadora (Schulenberg y Zarrett, 2006).

Cuestiones sexuales y reproductivas

Las actividades sexuales y reproductivas a menudo son una preocupación fundamental de la adultez emergente y temprana. Esas funciones naturales pueden implicar también preocupaciones físicas, con los trastornos relacionados con la menstruación, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la infertilidad.

Desarrollo cognoscitivo

Piaget describió la etapa de las operaciones formales como el pináculo del logro cognoscitivo, algunos científicos del desarrollo sostienen que los cambios en la cognición se extienden más allá de ella. Una línea de teoría e investigación neo-Piagetana se concentra en los niveles superiores de pensamientos reflexivos o razonamiento abstracto. Otra se relaciona con el pensamiento posformal,

que combina la lógica con la emoción y la experiencia práctica en la solución de problemas ambiguos.

Pensamiento reflexivo

Esta es una forma compleja de cognición, definida por el filósofo y educador estadounidense John Dewey (1910-1991) como “la consideración activa, persistente y cuidadosa” de la información o las creencias a la luz de la evidencia que las apoya y de las conclusiones a las que dan lugar. Los pensadores reflexivos cuestionan de manera continua los hechos supuestos, sacan inferencias y establecen conexiones. Se basan en la etapa piagetiana de operaciones formales para crear sistemas intelectuales complejos que concilian ideas o consideraciones aparentemente contradictorias, por ejemplo, para integrar varias teorías de la física moderna o del desarrollo humano en una sola teoría de mayor alcance que explique muchos tipos diferentes de conducta (Fischer y Pruyne, 2003).

La capacidad para el pensamiento reflexivo parece surgir entre los 20 y 25 años de edad. Solo entonces las regiones completamente mielinizadas de la corteza cerebral pueden manejar el pensamiento de nivel superior, al mismo tiempo que el cerebro forma nuevas neuronas, sinapsis y conexiones dendríticas. Un medio ambiente rico y estimulante puede estimular el desarrollo de conexiones corticales más gruesas y densas, si bien casi todos los adultos desarrollan la capacidad para convertirse en pensadores reflexivos, pocos alcanzan la capacidad óptima en esta habilidad menos aún pueden aplicarla de manera sistemática a diversos tipos de problemas. Para muchos de ellos, la educación universitaria estimula el progreso hacia el pensamiento reflexivo (Fischer y Pruyne, 2003).

Pensamiento posformal

Desde la década de 1970, la investigación y el trabajo teórico sugieren que el pensamiento maduro es más rico y más complejo de lo que sugiere la descripción de Piaget. Se caracteriza por la capacidad para afrontar la incertidumbre, la inconsistencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso. En cierto sentido es tanto un estilo de personalidad como un modo de pensamiento: las personas difieren en la comodidad con que pueden manejar la incertidumbre. Esta etapa superior de la cognición adulta se conoce como pensamiento posformal y por lo general comienza en la adultez emergente, a menudo gracias a la exposición a la educación superior (Labouvie-Vief, 2006).

El pensamiento posformal es flexible, abierto, adaptable e individualista. Recurre a la utilización y a la emoción, así como a la lógica para ayudar a las personas a afrontar un mundo aparentemente caótico. Aplica los frutos de la experiencia a situaciones ambiguas.

El pensamiento posformal es relativista. Igual que el pensamiento reflexivo, permite a los adultos trascender un solo sistema lógico y conciliar o elegir entre ideas o exigencias contradictorias, cada una de las cuales, desde su punto de vista, tiene su punto de verdad (Labouvie-Vief, 1990a, 1990b; Sinnott, 1996, 1998, 2003). El pensamiento inmaduro considera las cosas en blanco y negro mientras que el pensamiento posformal percibe matices grises. Igual que el pensamiento reflexivo, a menudo se desarrolla en respuesta a sucesos e interacciones que establecen formas no acostumbradas de ver las cosas y cuestionan una visión simple y polarizada del mundo.

Con frecuencia, el pensamiento posformal opera en un contexto social y emocional. A diferencia de los problemas estudiados por Piaget, que involucran fenómenos físicos y exigen observación y análisis desapasionados y objetivos, los dilemas sociales están estructurados con menos claridad y a menudo están cargados de emoción. En este tipo de situaciones los adultos suelen apelar al pensamiento posformal (Berg y Klaczynski, 1996; Sinnott, 1996, 1998, 2003).

La investigación ha encontrado una progresión hacia el pensamiento posformal a lo largo de la adultez temprana y la media, en especial cuando están implicadas las emociones, en un estudio, se pidió a los participantes que juzgaran que había ocasionado los resultados de una serie de situaciones hipotéticas, como un conflicto marital. Los adolescentes y los adultos tempranos tendían a culpabilizar a individuos, mientras que las personas de edad media eran más propensas a atribuir la conducta a la interacción entre los individuos y el entorno. Entre más ambigua fuese la situación, mayores eran las diferencias de edad en la interpretación (Blanchard-Fields y Norris, 1994).

Inteligencia emocional

En 1990, Peter Salovey y John Mayer (1990), acuñaron el término inteligencia emocional (IE), el cual se refiere a cuatro competencias relacionadas: las habilidades para percibir, usar, entender y manejar o regular las emociones, las propias y las ajenas- de modo que nos permitan alcanzar metas. La inteligencia emocional permite a una persona aprovechar las emociones para lidiar de manera más eficaz con el medio ambiente. Requiere tener conciencia del tipo de conducta que es apropiado en una determinada situación social.

Para medir la inteligencia emocional los psicólogos emplean la Prueba de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT) (Mayer, Salovey y Caruso, 2002), compuesta por una batería de preguntas cuya aplicación dura 40 minutos y que genera una puntuación para cada una de las cuatro habilidades, así como una puntuación total.

La inteligencia emocional afecta la calidad de las relaciones personales. Algunos estudios han revelado que los universitarios que obtienen altas puntuaciones en la MSCEIT son más propensos

a manifestar relaciones positivas con los padres y amigos (Lopes, Salovey y Straus, 2003); que los hombres de edad universitaria que obtienen bajas calificaciones en la MSCEIT admiten que consumen más drogas y alcohol (Brackett, Mayer y Warner, 2004); y que los amigos cercanos de los estudiantes universitarios que obtienen buenas puntuaciones en la MSCEIT afirman que es más probable que estos ofrezcan más apoyo emocional cuando se necesita (Lopes et al., 2004).

La inteligencia emocional también influye en la eficacia en el trabajo. Entre una muestra de empleados de la empresa de seguros Fortune 500, los que obtuvieron puntuaciones más altas en la MSCEIT consiguieron puntuaciones más elevadas de colegas y supervisores en sociabilidad, sensibilidad interpersonal, potencial de liderazgo y habilidad para manejar el estrés y el conflicto. Las altas puntuaciones también se relacionaron con salarios más altos y más ascensos (Lopes, Grewal, Kadis, Gall y Salovey, 2006).

Razonamiento moral

La gente joven avanza en el juicio moral a medida que se liberan del egocentrismo y adquieren capacidad para pensar de manera abstracta. Sin embargo, en la adultez los juicios morales se toman más complejos.

De acuerdo con Kohlberh, el avance al tercer nivel del razonamiento moral – la moralidad pos convencional, basada por completo en principios- es, sobre todo, una función de la experiencia. La mayoría de las personas no alcanza este nivel, si acaso, hasta los veintitantos (Kohlberh, 1973). Dos experiencias que estimulan el razonamiento moral en los adultos tempranos son el encontrarse con valores contradictorios lejos de casa y responsabilizarse del bienestar de otros.

La experiencia puede inducir a los adultos a reevaluar sus criterios de lo que es correcto y justo. Algunos adultos ofrecen de manera espontánea experiencias personales como razón de sus respuestas a los dilemas morales. Otros adultos tienen experiencias individuales que moldean sus creencias a cerca de las virtudes y los defectos morales. Entonces, en lo que respecta a los juicios morales las etapas cognoscitivas no lo son todo. Incluso cuando la cognición se encuentra en un nivel elevado, las experiencias personales pueden afectar la probabilidad de involucrarse en ciertos tipos de razonamiento moral.

Poco antes de su muerte en 1987, Kohlberg propuso una séptima etapa de razonamiento moral, la cual va más allá de consideraciones de justicia. En esa séptima etapa, los adultos reflexionan acerca de la pregunta “¿Por qué ser moral?” (Kohlberg y Ryncarz, 1990, p. 192; énfasis agregado). La respuesta, decía Kohlberg, radica en alcanzar una perspectiva cósmica: “un sentido de unidad con el cosmos, la naturaleza o Dios”, que permite a una persona considerar las cuestiones morales “desde el punto de vista del universo como un todo” (pp. 191, 207). El logro de dicha perspectiva es

tan raro que el propio Kohlberg dudaba en considerarla una etapa de desarrollo. Además, advirtió que es análoga a la etapa más madura de la fe que identificó el teólogo James Fowler (1981), en el cual “uno experimenta la unidad con las condiciones primordiales de nuestra vida y nuestro ser” (Kohlberg y Ryncarz, 1990, p.202).

Género y razonamiento moral

Carol Gilligan sugirió que el dilema moral más importante de una mujer radica en el conflicto entre sus necesidades y las de otros. Para averiguar cómo toman las mujeres decisiones morales, Gilligan (1982/1993) entrevistó a 29 mujeres embarazadas acerca de sus decisiones de continuar o terminar sus embarazos. Esas mujeres veían la moralidad en términos de egoísmo frente a responsabilidad, definida como una obligación de cuidar a otros o no dañarlos. Gilligan concluyó que las mujeres piensan menos que los hombres acerca de la justicia abstracta y la equidad en sus responsabilidades hacia personas específicas.

Sin embargo, otras investigaciones no han encontrado, en general, diferencias de género significativas en el razonamiento moral (Brabeck y Shore, 2003). Un análisis reciente de 113 estudios arroja que, aunque era más probable que las mujeres pensarán en términos del cuidado y los hombres en términos de justicia, esas diferencias eran pequeñas, en especial entre los estudiantes universitarios. Sin embargo, resulta interesante que en estudios de imagenología cerebral (Harenski, Antonenko, Shane, y Keihl, 2008) las mujeres mostraban más actividad en las áreas del cerebro asociadas con el razonamiento basado en el cuidado y los hombres mostraban más actividad en las áreas del cerebro asociadas con el procesamiento basado en la justicia.

En su investigación más reciente, Gilligan propone que el desarrollo moral en hombres y mujeres evoluciona más allá del razonamiento abstracto. En estudios en los que se utilizaron dilemas morales reales en lugar de dilemas hipotéticos como los empleados por Kohlberg, Gilligan y sus colegas encontraron que muchas personas de veintitantos años quedaban insatisfechas con una lógica moral estrecha y mostraban mayor capacidad para vivir con contradicciones morales (Gilligan, Murphy y Tappan, 1990). Parece, entonces, que, si la investigación inicial de Gilligan reflejaba un sistema alternativo de valores, este no se basaba en el género. Al mismo tiempo, con la conclusión de su séptima etapa, el pensamiento de Kohlberg evolucionó a un punto de mayor acuerdo con el de Gilligan. Ambas teorías colocan ahora la responsabilidad respecto a los demás en el nivel más alto de pensamiento moral. Los dos reconocen la importancia que tienen para ambos sexos las relaciones con otras personas, la compasión y el cuidado.

Capítulo 3. Psicodrama

Introducción

Uno de los retos ya sea de la psicoterapia o de un recurso sobre los problemas sociales es ayudar a las personas a acrecentar la conciencia de sí mismas. Como instrumento, el psicodrama constituye algo más que un tipo de psicoterapia. Sus principios, permiten aplicarlo a la educación, los negocios, la religión, el desarrollo comunitario, el hogar y muchos otros ámbitos.

El psicodrama es en ese sentido un medio para cumplir el dictum de Sócrates de “conócete a ti mismo”. La complejidad y capacidad de autoengaño de los individuos es el principal hallazgo de la psicología dinámica, más allá de las particularidades de sus diversas corrientes. Un reto adicional es distinguir los asuntos relacionados con los supuestos y criterios subyacentes que operan de manera inconsciente en la mayoría de los individuos.

El psicodrama combina acción e imaginación con las formas verbales tradicionales de la reflexión en uno mismo. Concibe a la imaginación como una dimensión muy poderosa. Gracias a que induce la concretización dramática de fantasías de otro modo pasivamente visualizadas, aporta un nuevo contexto de reexperimentación y reelaboración del significado e impacto emocional de una vivencia.

Moreno sostuvo que la realidad fenomenológica, ámbito en que la imaginación puede manifestarse, merece ser reconocida como categoría específica de la existencia. Llamo realidad suplementaria a esa dimensión ontológica (Moreno, 1965). El valor de este concepto es que legitima la consideración y exploración de experiencias relativas no solo a sucesos ocurridos en el pasado o que podrían ocurrir en el futuro, sino también a sucesos que no ocurrieron –y que tal vez no ocurran jamás-, como el encuentro con un hijo no nacido, una conversación con un pariente muerto, una escena reconfortante o un diálogo con un ángel de la guarda. Las escenas de realidad suplementaria permiten hacer pleno uso de los recursos del vehículo de la dramatización en favor del descubrimiento individual de aspectos más profundos de las ideas y sentimientos propios.

El psicodrama aplica conocimientos de psicología y otras ciencias de la conducta, así como el dominio de los medios adecuados para aplicar esos conocimientos en diferentes situaciones, y requiere además cualidades sutiles, como gusto artístico, creatividad, sensibilidad personal y madurez.

La acción psicodramática hace posible crear escenas que expongan las esperanzas, temores, expectativas, resentimientos, proyecciones, internalizaciones y juicios del protagonista, el que además tiene la oportunidad de examinar esos sentimientos y de sobrevivir simbólicamente a ellos.

El psicodrama es un conjunto de instrumentos para reflexionar sobre sentimientos y relaciones y comunicar esos asuntos. Éste suma las dimensiones del espacio, la acción y la imaginación a la “tecnología” convencional de la discusión racional en la terapia o en la educación. Estas dimensiones adicionales permiten improvisar, pensar en términos de escenarios opcionales, intercambiar roles y puntos de vista, disponer de oportunidades de redramatización y contar con otros elementos que abren a su vez nuevos caminos a las introspección y reflexión individual.

La abundancia de formas dramáticas en la cultura actual, saturada de medios de comunicación facilita en gran medida la comprensión de la idea de la dramatización. “basta con el escenario”: el solo hecho de imaginar una situación como un juego despierta el interés por explorar la vida de nuevas maneras (Blatner y Blatner, 1997, p. xv). Pero en lugar de aplicar el drama por mero entretenimiento o con propósitos comerciales o políticos las personas pueden usarlo para trabajar en común con el examen y resolución de sus problemas, por diversos que estos sean.

Antecedentes

Jacob Levy Moreno

Iniciado por el doctor J. L. Moreno, el psicodrama fue producto del interés filosófico en el fenómeno de la creatividad, la naturaleza del juego espontaneo en experimentos con niños, la dinámica sociológica y el deseo de reformar el teatro para hacerlo más participativo, real y valioso para la gente. A partir de estos fundamentos multidimensionales, Moreno emprendió gradualmente la aplicación de teatro improvisado en la psicoterapia familiar grupal e individual.

Jacob Levy Moreno nació en 19 de mayo de 1889 en Bucarest, Rumania. Fue el mayor de seis hijos. Cuando tenía cinco años de edad, su familia se mudó a Viena, en cuya universidad cursaría después estudios de filosofía y se sentiría atraído por las ideas de Henri Bergson, entre otros autores, acerca de la creatividad. Hacia 1908 llamaron su atención los juegos infantiles en los parques de esa ciudad; tras inmiscuirse en ellos en calidad de “catalizador”, descubrió que, a diferencia de lo que sucedía cuando realizaban interpretaciones convencionales, los niños mostraban enorme vitalidad al representar historias familiares en forma improvisada.

Entre 1912 y 1917, aproximadamente, asistió a la escuela de medicina en la Universidad de Viena. En ese periodo reflexionó la posibilidad de una teología más creativa, elaboró su filosofía del encuentro y puso en ejecución sus ideas de acción social. Formó, por ejemplo, grupos de auto ayuda entre prostitutas de la ciudad, precursores tal vez de grupos de esa clase y de la aplicación de lo que más tarde recibiría el nombre de psiquiatría comunitaria.

Cuando estaba por concluir sus estudios de medicina fue nombrado médico en un campamento de refugiados situado en la cercana población de Mitterdorf. Persuadido de que los patrones de desorganizaciones culturales que privaban ahí eran producto en parte de las reglas artificiales, propuso humanizar la angustiosa reubicación de los refugiados mediante la directa participación de éstos. Tal aplicación de problemas sociológicos de sus ideas sobre el encuentro (termino que fue uno de los primeros en utilizar) fue el germen de lo que posteriormente llamaría sociometría. Tras entrevistar a los involucrados para saber a quienes preferían como vecinos en el campamento, propicio condiciones de vida más afables. Hoy este procedimiento puede parecer obvio, pero en su tiempo fue innovador y contrastó vivamente con la tendencia de los administradores a asignar albergues y labores en por más, arbitraria o burocrática.

En las primeras décadas del siglo XX, Viena fue un vigoroso centro de actividad intelectual. Durante y después de sus estudios de medicina, Moreno se incorporó a los círculos literarios, filosóficos y sociales de la ciudad. Dirigió una revista literaria, *Daimon*, en la que publicó textos de intelectuales. Escribió asimismo poesía y prosa motivacionales.

Fascinado por el teatro, pero convencido de que éste se había degradado, se interesó en la improvisación y vitalidad dramáticas. Se adelantó así casi medio siglo al teatro experimental. En la compañía actoral creada por él, realizó experimentos con varios tipos de teatro improvisado, como el "periódico viviente"; el primer espectáculo público de su compañía – a la que bautizaría después como *Die Stegreiftheater*, El Teatro de la Espontaneidad- tuvo verificativo en abril de 1921, fecha que, en su opinión, marco el inicio del psicodrama. Más tarde recogería en un libro, titulado con el nombre de su compañía, los principios rectores de sus espectáculos. Su grupo teatral mereció elogios y presento varias exitosas temporadas. En medio de su febril actividad. Moreno se dio tiempo todavía para trazar los planos de uno de los primeros escenarios circulares.

Es probable que su experiencia medica le haya permitido descubrir que la improvisación tenía un interesante efecto lateral en los actores de su compañía: el de que el role taking era a menudo catártico y terapéutico para aquellos.

La inflación y desorganización que se impusieron en la Viena de la posguerra le impidieron proseguir con sus experimentos teatrales, motivo por el cual decidió emigrar a los Estados Unidos. Tan pronto como arribo a New York, en 1925, inicio la aplicación de sus ideas en varios hospitales y clínicas de la zona.

Dada la versatilidad de su talento, había inventado una suerte de grabadora eléctrica que interesó a un hombre de negocios en los Estados Unidos, bajo el patrocinio del cual le fue posible emigrar a este país. Escribiría después algunos de los primeros artículos sobre la aplicación del psicodrama de la grabación tanto de audio como de video.

En la década de 1930 ofreció consultas en prisiones, centros de tratamiento para menores infractores y otros sitios. Esas experiencias eran acordes con su emergente identidad como psiquiatra con inquietudes sociales. En 1932 acuñó el término psicoterapia grupal y se convirtió en uno de los precursores de la promoción de este método. Como parte del desarrollo de sus ideas teóricas y prácticas sobre las sociometrías, en 1934 publicó *Who shall Survive? A New Approach to the Problem of Human Interrelations*, libro que continúa muchas de sus primeras ideas sobre el psicodrama, la teoría de los roles y la psicología social (Hare, 1986, 1992). La sociometría habría de convertirse a mediados de los años cincuenta en importante método sociológico, en tanto la revista *Sociometry; A Journal of Interpersonal Relations* fundada por Moreno, sigue apareciendo en la actualidad, bajo los auspicios de la American Sociological Association.

En 1936 puso en operación un sanatorio en Beacon, Nueva York a orillas del río Hudson. Construyó ahí un teatro específicamente diseñado para el psicodrama y emprendió el tratamiento de pacientes con ese método. Aunque después aseguraría haberlo inventado anteriormente a esa fecha, todo indica que fue en el periodo 1935-1945 cuando efectivamente desarrolló el psicodrama como modalidad psicoterapéutica. El sanatorio Moreno se convirtió en su hogar, así como en el jefe de sus numerosas actividades entre ellas la editorial: él puso en marcha la Beacon House, productora de revistas, monografías y libros sobre psicodrama, sociometría, psicoterapia grupal y temas similares.

Durante la segunda Guerra Mundial mantuvo su práctica profesional, puso en operación un instituto de formación en la ciudad de Nueva York, realizó estudios sociométricos en escuelas de la zona y organizó la primera asociación profesional de la psicoterapia grupal, la American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama (ASGPP). Años después fundó revistas e intensificó la publicación de monografías, libros y artículos. A principios de la década de los cuarenta conoció a Zerka Toeman, quien se asoció profesionalmente con él (Moreno, 1970). Contrajeron matrimonio en 1949 y se dedicaron desde entonces a difundir y presentar las ideas y métodos de Moreno en Estados Unidos y otros países.

De 1940 a mediados de la década de 1960, el psicoanálisis ejerció una influencia hegemónica en la psicoterapia, contexto en el cual los métodos de acción de Moreno fueron una de las principales opciones a la relativa pasividad del tratamiento psiquiátrico tradicional. Moreno alentó asimismo otras modalidades terapéuticas, sirviéndose de sus revistas y de los congresos de la ASGPP para promover perspectivas como las terapias de danza, de poesía, familiar, etc. Métodos psicodramáticos serían integrados a su vez a muchos de los innovadores enfoques surgidos a partir de la década de los sesenta, como las esculturas familiares (denominación opcional de la sociometría en acción), la terapia gestáltica, etcétera. Además, elementos psicodramáticos, también son utilizados en conjunto con las terapias adleriana y conductual entre otras.

Moreno colaboró con varios destacados profesionales de la salud mental. Con la cooperación de Zerka Toeman, fue uno de los principales organizadores de las primeras conferencias internacionales de la psicoterapia grupal, junto con S. H. Foulkes, de Inglaterra; S. Lebovici, de Francia y otras eminentes figuras. El internacional Committee of Group Psychotherapy inicio actividades en Paris en 1951 y sostuvo relaciones periódicas hasta el año 1973, año en que cambió su nombre por el de International Association of Group Psychotherapy (IAGP). A tales reuniones asistían normalmente más de 1000 participantes. En la década de los sesenta y principios de la posterior organizó así mismo varios congresos internacionales de psicodrama y sociodrama, lo que da constancia de la amplia popularidad de que gozaban sus métodos. Sus libros de igual modo, han sido traducidos a numerosos idiomas, lo mismo que los de otros autores interesados en el psicodrama.

Luego de un periodo de gradual deterioro de su salud en mayo de 1974, Moreno decidió morir y dejó de comer; falleció poco después de la reunión anual de la ASGPP: Zerka Moreno ha continuado desde entonces su obra mediante la impartición de cursos de psicodrama en todo el mundo, la elaboración de textos y el aliento a otros profesionales. Ha fomentado de igual manera la participación y control más democráticos en la ASGPP.

El psicodrama aun preserva decisiva influencia de la IAGP, en cuyo membrete aparece el nombre de Moreno como fundador. Sus congresos más recientes efectuados cada tres años, han sido el undécimo celebrado en Montreal en 1992; duodécimo, en Buenos Aires en 1995, y décimo tercero, en Londres en 1998. Reuniones internacionales de psicodrama siguen teniendo lugar en sitios como Inglaterra, Australia, Italia, Japón y Jerusalén, al tiempo que la actividad psicodramática ha ido en ascenso en Escandinavia, Alemania y la emergente Europa oriental.

Zerka Toeman

Zerka Moreno, esposa de J. L. Moreno, es la representante del psicodrama más conocida en la actualidad.

Zerka Toeman nació en 1917 en el seno de una familia judía vecinada en Ámsterdam Holanda; fue la menor de cuatro hijos. La familia se mudó en 1931 a Inglaterra; así Zerka curso sus estudios preparatorios y universitarios en el suburbio londinense de Willesden Green. Una de sus hermanas mostro síntomas psicóticos a los veintitantos años de edad; el diagnóstico fue que sufría de esquizofrenia. La persistencia de la enfermedad daría pie al encuentro de Zerka con Moreno, aunque en el vínculo entre ambos también estaría presente un importante elemento transpersonal: ella escuchaba voces en su interior. En 1935, un año después de la primera crisis psicótica de su hermana, una voz le dijo que tenía que ir a Estados Unidos. No lo hizo. Cuatro años más tarde daba un tranquilo paseo nocturno por un elegante suburbio cuando de nuevo sintió la imperiosa necesidad

de viajar a ese país. Una presencia le dijo: “debes ir, alguien te espera”. Por fin decidió emigrar y establecerse en Nueva York.

Gracias a Zerka, quien se encargó de obtener las visas, su hermana y la familia de ésta se trasladaron a su vez de Bélgica a Estados Unidos en 1941, ante las crecientes amenazas de la policía nazi. La hermana recayó a su arribo; el doctor Emil Gutheil las remitió al sanatorio de Moreno. El psicodrama, así como el carisma de Moreno, fascinaron a Zerka durante el tratamiento; por su parte, aquel creyó “reconocerla”: experimento hacia ella una intensa sensación de tele.

El interés de Zerka en el teatro, las artes y la psicología le permitió incursionar en el psicodrama y atender a su hermana y a otros pacientes del sanatorio de Moreno, con quien después colaboraría más estrechamente en deberes administrativos y secretariales. Supo así que quien las “esperaba” era Moreno, y en 1949 se casaron. Jonathan, su único hijo nació en 1952.

Zerka ha enseñado en muchos cursos que “todos somos sobrevivientes”; lo aprendió en una dolorosa experiencia personal. En 1957 se le diagnosticó condrosarcoma, un tipo de cáncer, en el hombro derecho; para salvar la vida, debió de aceptar la amputación del brazo. Sin embargo, su invalidez no le impidió seguir siendo la “mano derecha” de Moreno. Antes de morir, este le pidió continuar con su obra, aunque aparte de enseñar también ha hecho importantes contribuciones metodológicas y teóricas a la disciplina. Tras el deceso de Moreno, ocurrido en 1974, se dedicó a instituir y escribir sobre psicodrama dinámica de grupos y sociometría. Entregada en la actualidad a viajar, impartir talleres y dictar conferencias en magnos congresos, hoy sigue siendo la principal exponente del psicodrama en el mundo. Su hijo, Jonathan Moreno, es profesor de filosofía y bioética.

Definición Psicodrama

El psicodrama consiste en la escenificación de un problema a la manera de una obra teatral lo que explica que en él sea común el uso de términos derivados del teatro: protagonista, director, escenario, audiencia, etcétera. Otros términos propios de esta disciplina fueron invención de Moreno, como el de yo auxiliar (o auxiliar, su actual versión simplificada), o proceden de la teoría de los roles de aquel, como role playing y sociodrama.

Aunque en sus orígenes fue un tipo de terapia grupal, el psicodrama halló prontas y creativas aplicaciones a, por ejemplo, la hoy denominada terapia ambiental en hospitales; a parejas y familiares, e incluso a individuos, con la participación únicamente de uno o dos coterapeutas. En su modalidad de sociodrama también abordó asuntos relativos a los roles generales de los miembros de un grupo, sin consideración de los individuos como tales, y posteriormente fue aplicado en ámbitos comunitarios para la reevaluación de redes sociales.

Todas estas situaciones dan cabida a la apreciación de que los problemas pueden ser analizados y resueltos mediante su dramatización, la que a su vez puede ser creativamente reexaminada. Ello nos incita a pensar en nosotros mismos no como según la clásica expresión de Shakespeare, "simples actores" que interpretan irreflexivamente libretos preestablecidos, sino como autores y codirectores del drama de nuestra vida. Para enfrentar este desafío, el psicodrama pone a nuestra disposición la rica metodología del teatro. Por ejemplo, una persona puede no solo representar lo que sucedió en una situación dada, si no, principalmente, explorar todo lo que en ella no fue dicho sino solo pensado o temido, o que permaneció en el nivel subconsciente.

El psicodrama abre paso entonces a la exploración de las posibilidades inherentes a una situación, varios aspectos de la mente de cada uno de los participantes y la riqueza del campo interpersonal y cultural. Esa exploración puede ser aplicada no solo a la psicoterapia, sino también a muchas otras esferas en las que es deseable alentar una mayor comprensión de las complejidades de la vida o formular y practicar estrategias para un desempeño individual más eficaz.

Terminología básica

Moreno dio nombre a cinco elementos básicos del psicodrama: el protagonista, el director, los auxiliares, la audiencia y el escenario.

1. El protagonista es el sujeto de la representación psicodramática. Así sea cliente paciente, estudiante, aprendiz o miembro de un grupo, un individuo se convierte en protagonista al dramatizar una situación de su vida personal.

Este término designa el papel del individuo interesado en resolver un problema, adquirir cierto grado de introspección o desarrollar un nuevo patrón de respuestas. Este es el papel principal en una dramatización y la experiencia de la persona implicada será el foco de atención del grupo. Durante la dramatización el protagonista puede intercambiar su papel con el de la persona con la que sostiene un encuentro; asumir el papel de doble para expresar ideas y sentimientos que normalmente permanecen ocultos; abandonar la escena (con la técnica del espejo) para convertirse en una especie de codirector y coautor, y cambiar posiciones para profundizar en las investigaciones.

En una sesión grupal prolongada podría haber más de un protagonista y un psicodrama. Incluso el líder del grupo puede ser protagonista, para resolver sus problemas con uno o varios miembros. En este caso, delegaría el papel de director a un codirector, o a un integrante del grupo apto para aclarar y resolver el problema.

Esto tiene semejanza con la “teoría de sistemas”. Moreno pensaba que todos los miembros de un grupo son por igual agentes de alivio o ayuda para los demás. Rechazó los conceptos tradicionales de paciente y médico.

En un sociodrama, el protagonista toma un papel más general, representándose no solo así mismo, sino también a todos lo que se ubican en ese papel, como doctores y pacientes, policías y miembros de una minoría comunitaria, hombres y mujeres en una cita romántica etcétera. En estas dramatizaciones, los diferentes miembros del grupo pueden actuar como protagonistas, entrando y saliendo del papel de forma fluida.

2. El director es la persona que orquesta el psicodrama para ayudar al protagonista a explorar un problema. En grupos terapéuticos este individuo incorpora a su rol ciertos componentes del de terapeuta aun si en la dramatización también está en terapeuta del protagonista. Asimismo, un codirector o director asistente podría colaborar en la coordinación de los diversos papeles. La fundación del director es compleja y entraña numerosas aptitudes (Karp, 1996 Bradshaw-Tauvon, 1998).

Uno de los miembros de un grupo de formación podría ser el director de una dramatización. Si el líder de un grupo tiende a asumir con frecuencia el rol de director, pero en un momento dado, debe de adoptar el de protagonista para tratar asuntos propios –de su vida personal o de su interacción con el grupo-, cederá entonces a otra persona el rol de director. Los roles psicodramáticos – protagonista, director, audiencia, auxiliar- no son tareas fijas. Pueden cambiar y un individuo podría desempeñar cada uno de ellos a lo largo de varias dramatizaciones. Sin embargo, para ser eficazmente ejecutado y cumplir objetivos más ambiciosos que los relativamente simples de role playing, el rol de director exige el dominio de un conjunto de habilidades que por lo general escapan a la formación ordinaria de la mayoría de los psicoterapeutas y líderes de grupos.

3. El auxiliar es cualquier participante en un psicodrama además del protagonista y del director. Por lo común interpreta a un personaje directamente relacionado con el protagonista como el cónyuge, jefe “u otra parte” de éste. Pero por supuesto que es algo más que un “actor de apoyo”, también podría encarnar al puente aparecido en un sueño, una vaga sensación de presión o incluso sentimientos inexpressados del protagonista. Este último rol del auxiliar recibe el nombre de doble.

Moreno llamó auxiliar a cualquier persona, además del director, que participa en la representación psicodramática para ayudar al protagonista a explorar su problema. Otros profesionales lo llaman asistente o ayudante. Aparte de desempeñar una amplia variedad de roles en psicodramas, sociodramas y juegos de roles, el auxiliar también puede intervenir en técnicas de acción aplicada a grupos psicoterapéuticos (Zinger, 1975)

La idea básica del rol del auxiliar es proponer al protagonista un reto incitante y enérgico, lo que introduce en el proceso una inmediata demanda de roles. Demanda de roles es la generación por una conducta –como el llanto de un bebe, la toma de un juguete propio por un hermano- de un rol complementario, como el de una madre consoladora, un niño competitivo, o adolescente sumiso o rebelde.

Como principio correlativo, el hecho de que el auxiliar hable aquí y ahora y adopte un rol específico atrae al protagonista a la interacción como si ésta ocurriera por primera vez. Así, el auxiliar involucra más profundamente al protagonista en la representación psicodramática, gracias a lo cual éste exterioriza más rápida y cabalmente sus conflictos y sentimientos suprimidos básicos.

Funciones del auxiliar

Zerka Moreno (1978) señaló cinco funciones del auxiliar, cada una de las cuales conduce al protagonista a un nivel de insight más profundo:

1. Representación. La primera función del auxiliar es servir como representación concreta de algo, quizá una persona, un personaje de un sueño o una parte del cuerpo.
2. Coinvestigación. El auxiliar también cumple la función de coinvestigador, para suscitar reacciones espontáneas en el protagonista. Debe sondear la escena para saber si es válida para éste. De no serlo, el director reforzará el caldeamiento del auxiliar, tal como los directores teatrales preparan a los actores. Es importante que la ejecución del rol asignado al auxiliar satisfaga al protagonista y contenga las cualidades esenciales de la interacción problemática. Como parte de la coinvestigación, el auxiliar puede adoptar conductas inesperadas, ya sea de forma espontánea, con base de su intuición a sugerencia del director. La reacción espontánea del protagonista puede conducir a su vez a un insight en acción.
3. Profundización. La tercera función del auxiliar es dotar de mayor profundidad a su interpretación, a fin de que el protagonista cobre conciencia de la totalidad de los sentimientos implicados en la situación, la combinación de motivos de esta u otras dimensiones que quizá no haya considerado.
4. Terapéutica. De resultar adecuado y bajo la orientación del director, el auxiliar también puede conducirse en forma reconfortante o terapéutica. Esta función contiene ciertamente un elemento interpretativo, de modo que su cumplimiento es parte intrínseca del arte y trabajo en equipo del psicodrama.
5. Puente a la realidad. La quinta función del auxiliar es servir de puente al protagonista en caso de que pierda el contacto con la realidad. Así, debe lograr que su rol comparta la visión del mundo del protagonista, pero introducir al mismo tiempo grados paulatinos de realidad consensual.

Tipos de roles del auxiliar

El auxiliar puede representar seis tipos de roles:

1. Persona importante para el protagonista, es decir, integrante de una de las redes sociales de éste, como esposa, hijo, jefe, amigo o terapeuta. Cuando este personaje es el personaje principal en oposición al protagonista, recibe el nombre de antagonista.
2. Doble. El auxiliar adopta en este caso el rol del súper yo del protagonista, a quien ayuda a expresar más claramente sus sentimientos.
3. Personaje genérico de apoyo. La situación dramática podría demandar la presencia de, por ejemplo, un agente de policía, un maestro o un cliente, no de un conocido específico del protagonista. Pese a su apariencia indeterminada, este tipo de rol sirve de apoyo a la experiencia del protagonista.
4. Personaje imaginario, como Dios, un juez, un tentador, el padre o madre idealizados del protagonista a quien éste no conoció.
5. Objeto inanimado, como la cama, casa o puerta del protagonista. Su escritorio, por ejemplo, podría reclamarle falta de disciplina. La psique posee una tendencia innata a personificar; esto es atribuir sentimientos e intenciones a cosas, animales, fenómenos naturales y espíritus.
6. Concepto abstracto o estereotipo colectivo, como "la sociedad", "la juventud contemporánea", "ellos", "la iglesia" etcétera.

Junto con los demás integrantes del grupo, al final de la dramatización el auxiliar puede compartir sus sentimientos personales sobre la situación del protagonista, pero también puede hacerlo desde el punto de vista de su rol como auxiliar.

4. La audiencia está compuesta por las demás personas presentes en el psicodrama. Es el grupo en el que ocurre la dramatización, así sea un grupo psicoterapéutico, escolar o participantes en un taller de capacitación administrativa. Formar parte de la audiencia demanda algo más que la simple pertenencia al grupo porque el director hace intervenir a aquel en el proceso del psicodrama. La audiencia puede ofrecer retroalimentación, proporcionar auxiliares o fungir como un coro griego. Concluido el psicodrama, el grupo deja de operar como audiencia y reasume sus funciones habituales, como una dinámica de comunicación más interactiva.

La audiencia como auxiliar

Además de hacerlo en el periodo de comentario grupal o sharing, la audiencia también puede compartir opiniones durante una pausa de la dramatización. A veces es conveniente asignar roles específicos con ese fin: de observación de proceso; de identificación con el protagonista, el auxiliar

o ambos, y de presentación de soluciones opcionales. De igual forma, varios integrantes del grupo pueden constituir el coro y recitar reiteradamente desde el fondo del escenario una expresión relacionada con una alucinación, obsesión, ilusión, juicio, deseo, secreto, etcétera.

La audiencia también puede ser objeto de afirmaciones del protagonista. Si, por ejemplo, éste hace una aseveración que trasluce una actitud internalizada, el director podrá solicitarle que “ejecute” esa actitud hasta descubrir que carece de sentido.

La técnica a espaldas es útil cuando el director y el protagonista acuerdan que éste reciba retroalimentación sin ser confrontado directamente. El protagonista se coloca a espaldas de la audiencia para simbolizar su ausencia, y la audiencia procede entonces a hablar de él. Esta técnica puede ser empleada en la dramatización familiar o para fomentar la franqueza en un proceso grupal interactivo. No obstante, debe ser manejada con tacto y discreción (Corsini, 1973).

Miembros de la audiencia pueden actuar como doble de los demás y enunciar opiniones hasta ese momento no verbalizadas. Esta acción podría ser iniciada por un auxiliar calificado y continuada por los demás integrantes de la audiencia.

5. El escenario es el lugar en la que tiene lugar la dramatización. Puede ser una plataforma especial para psicodramas, el espacio de trabajo del grupo o el sitio donde surgió el conflicto. Con todo, el uso de utilería y estructuras favorece la función dramática.

Es recomendable reservar para las dramatizaciones un sitio especial de la sala, a fin de evitar que el espacio del “como si” se confunda con el de la interacción del grupo. Moreno diseñó un escenario circular en tres niveles con objeto de que a los participantes les bastara dar unos pasos para entrar en acción, algo imposible en los escenarios teatrales comunes.

Sin embargo, la mayoría de las dramatizaciones ocurren en lugares menos formales; salas de reuniones o conferencias o grandes oficinas. La simple preparación de esta zona y la indicación de su función podrían constituir una sugerente actividad de caldeamiento: “está listo el escenario”.

Las técnicas del psicodrama

Además de los cinco elementos básicos hay decenas de técnicas psicodramáticas y cientos de variaciones de ellas (Blatner, 2988). Las principales técnicas son las siguientes.

- Las técnicas del doble, soliloquio ego múltiple y melodrama son útiles para esclarecer los sentimientos del protagonista.
- La amplificación a partes y exageraciones de la comunicación no verbal o de dimensiones como la altura espacio y posición facilitan e intensifican la expresión de emociones.

- La reproducción en videocinta inversión de roles, a espaldas, retroalimentación de la audiencia, coro y ejercicios de interacción no verbal contribuyen a que el protagonista tome conciencia de su conducta personal (confrontación consigo mismo).
- La tienda mágica y la proyección futura permiten aclarar metas y valores.
- Las técnicas del desarrollo del yo, comentario grupal (sharing) y contacto físico moderado son ideales para brindar apoyo.
- El espectrograma y la sociometría esclarecen cuestiones relativas al proceso grupal.
- Muchas técnicas especiales como las hipnosis y la fantasía dirigida, también son de utilidad en el psicodrama.

Estas técnicas permiten al director asistir al protagonista en la representación de gran variedad de experiencias: escenas de la vida diaria, sueños, recuerdos, ilusiones y fantasías.

Descripción de una representación psicodramática común

I. Caldeamiento

El caldeamiento para la realización de una actividad procura un incremento paulatino de la espontaneidad y la participación. La espontaneidad es el propósito más importante durante el caldeamiento y en el psicodrama, pues constituye la mejor vía para la creatividad. Durante el caldeamiento, los miembros del grupo adquieren confianza entre sí y se preparan para la tarea por ejecutar. El protagonista y el problema que resultan de esta etapa dan paso a la segunda fase la acción.

La primera fase de toda actividad grupal implica la obtención de consensos acerca de los objetivos, métodos y duración de la actividad, así como en relación con las dimensiones del grupo y la división de responsabilidades entre sus miembros. Todos estos asuntos deben ser planteados desde la etapa de caldeamiento del director.

Caldeamiento del director

Antes de proceder al caldeamiento del grupo, el director debe aplicar en sí mismo los principios respectivos. Iniciará su conversación con el grupo presentándose ante él. Dependiendo de las normas del grupo y de la organización en la que opera el director iniciará de pie, recorriendo la sala o sentado. Hay ámbitos que no permiten demasiada desenvoltura, mientras que en otra cierta teatralidad inesperada puede ser muy eficaz.

El director proseguirá con la descripción, ésta versará sobre las generalidades de la labor del grupo en la sesión, la promoción del consenso en torno a esa tarea, el tiempo disponible para realizarla y las normas de participación en ella.

El director explicara en seguida algunos de los elementos directamente asociados con el psicodrama, como el movimiento físico o el cambio de posición de una silla. Para dar una muestra de sentido lúdico por adoptar, puede asumir un rol. La permanencia del director en su asiento es uno de los mayores obstáculos para el caldeamiento de un grupo. El movimiento y la improvisación acrecentaran de igual modo su espontaneidad.

Uno de los puntos de partida del caldeamiento del grupo es la confianza y simpatía que el director sea capaz de alcanzar, para lo cual es preciso que sea franco. Durante su caldeamiento, el director dejará ver ciertos rasgos propios. Si es capaz de transmitir una sensación de autenticidad y calidez, el grupo confiará en él (Sacks, 1967).

La espontaneidad solo puede florecer en un contexto inofensivo. Es difícil improvisar si uno se siente vulnerable. Así, un elemento vital del proceso de caldeamiento es generar una sensación de vinculación y confianza entre el director y el grupo, así como entre los miembros de este. Moreno llamo tele a esta cualidad de preferencia interpersonal (con visos de reciprocidad) y dinámica real – en oposición de transferencia- propia de todo proceso grupal (Barbour, 1994; Blatner 1994). (También existe el fenómeno de tele negativa, la sensación de mutua repulsión; la espontaneidad precisa lógicamente de un contexto de tele positiva.) Cuando son compartidos, los sentimientos los actos espontáneos promueven la tele.

Durante esta primera etapa, el director también realiza un caldeamiento mental para la tarea que le espera. Así debe ser capaz de evaluar los numerosos factores que podrían influir en el proceso grupal. De igual forma debe de estar consciente de la presencia de posibles resistencias al grupo, producto comúnmente de impreparación o expectativas artificiales.

Cohesión grupal

Una vez concluidos su presentación y el caldeamiento, el director procede al desarrollo de la cohesión grupal o creciente grado de tele positiva entre los miembros del grupo. El primer paso para generar identidad y confianza grupales es que los participantes se conozcan unos a otros. El director puede optar con ese fin por una abundante variedad de ejercicios de presentación adaptables a propósitos específicos.

En los momentos iniciales de desarrollo del grupo, el director puede combinar ejercicios de acción con experiencias estructuradas cuyo objetivo sea no solo la presentación, sino también la promoción

de la confianza, la franqueza y el sentido lúdico. Estas experiencias permiten asimismo que el grupo conozca actividades de otro tipo, como la fantasía dirigida y la comunicación no verbal.

Tipos de caldeamiento

Caldeamiento no dirigido. En grupos cuyos miembros ya se conocen entre sí el director puede limitarse a presenciar a lo lejos el caldeamiento que el grupo ejerce por sí solo en forma de bromas y comentarios sobre diversos temas. Tras la aparición de un tema de interés general, el director puede inducir su dramatización.

Caldeamiento dirigido. Si el grupo ya está al tanto de su tarea, el director comienza con una exposición o se sirve de un ejemplo concreto para poder sondear con métodos sociodramáticos algunos temas. Yablonsky y Enneis (1956) bautizaron este procedimiento como caldeamiento dirigido. El sociodrama permite al grupo examinar los diferentes sentimientos, actitudes y experiencias de roles comunes los cuales pueden ser ficticios religiosos o políticos, entre otros. En este caso, el proceso se asemeja temporalmente a la dramaterapia, pero los temas surgidos pueden conducir a una exploración más personal por uno de los participantes.

Después de que el grupo ha desarrollado cierta cohesión, el director propone el tema grupal.

Técnicas de caldeamiento

Ejercicios de acción y experiencias estructuradas contribuyen no solo a incrementar la cohesión grupal, sino también a sensibilizar a los miembros del grupo respecto de las dimensiones de su personalidad con las que tienen mayores conflictos, sus "puntos débiles". Luego de varios ejercicios, la mayoría de los participantes cobran alto grado de conciencia de sus problemas.

Llegando ese momento, el director procede a desarrollar un tema o buscar un protagonista. Si el caldeamiento grupal marcha lentamente o si el director prefiere iniciar las labores mientras el grupo se halla en estado de relativo distanciamiento, es posible transitar de inmediato a la discusión de un tema de interés general. Otras técnicas son las siguientes:

Melodrama. Basada en la tradición teatral del siglo XIX, la representación de estereotipos dramáticos puede ser muy divertida, así como excelente vehículo de relajamiento. La dirección puede recaer en un miembro del grupo. El director debe alentar improvisaciones y exageraciones. También es posible dramatizar cuentos de hadas y mitos.

Test situacionales. Individuos o grupos son puestos frente a situaciones que implican un grave dilema.

La tienda mágica. Esta técnica es especialmente útil. El director pide al grupo imaginar una pequeña tienda en el escenario. Este explica que las estanterías de la tienda contienen maravillosas cualidades de todo tipo. Un participante debe ofrecerse voluntariamente a ser el cliente-protagonista.

Las solicitudes iniciales del cliente suelen ser vagas. Así, la primera tarea de esta técnica es que el tendero se enfrasque en una conversación con el cliente para precisar que desea. El interés del tendero se reduce a comprender las necesidades del cliente. Cuando más general sea el deseo de éste, más alto o bajo será el costo.

La negociación del precio será la segunda tarea. El tendero explica que la venta ocurre a cambio de una cualidad o faceta de la vida o personalidad del cliente, algo a lo que éste debe renunciar para ser puesto en venta en la tienda.

El protagonista o el tendero-auxiliar pueden pedir consejo a la audiencia. La admisión por el cliente de que ignora que ofrecer como pago podría servir como punto de partida para la indagación de la falta de conciencia del protagonista respecto de sus recursos internos.

Una vez cerrado el trato, el protagonista prueba la cualidad adquirida o muestra cómo se las arreglará sin la cualidad que sacrificó. En la subsecuente representación simbólica quizá descubra que aquello a lo cual renunció le es más necesario de lo que pensaba y que lo adquirido no le satisface.

En síntesis, la tienda mágica es una técnica excelente no solo para el caldeamiento grupal, sino también para esclarecer metas y examinar las consecuencias de decisiones propias.

Fantasía dirigida. El director pide a los miembros del grupo imaginar que viajan por su propio cuerpo o que recorren un bosque, montaña, casa o mar, entre otros temas. Esta técnica, también llamada método de ensoñación dirigida, es de uso frecuente en las terapias de imaginación.

Teatro creativo. Ejercicios para actores y mimos pueden ser adoptados por el caldeamiento para psicodramas. Actividades derivadas del teatro improvisado son ampliamente utilizadas en medios escolares y conducen con facilidad a la exploración de temas significativos (Spolin, 1963). Técnicas de drama terapia son especialmente útiles a este respecto (Emanah, 1994).

Danza/movimiento. Ejercicios de la terapia de danza y movimiento tendientes a la espontaneidad y la expresividad pueden ser fácilmente integrados al caldeamiento. Actividades afines son las relativas al movimiento corporal, despertar sensorial bioenergética y rituales grupales rítmicos. Estos ejercicios no solo predisponen a la acción, sino además establecen en el grupo una norma de participación física.

Música. El grupo puede crear melodías o tocar instrumentos sencillos en forma improvisada. La interacción aumenta si la producción de música es combinada con juegos de voz y movimiento corporal. Instrumentos musicales, danza circular elemental y estiramiento son de especial utilidad con pacientes de larga estancia en instituciones de salud mental o que por cualquier otra razón han mantenido una actitud pasiva durante mucho tiempo (Chance, 1945).

La música de fondo también es un eficaz catalizador de la interacción grupal. La letra de numerosas canciones modernas puede sugerir emotivos temas de interés para la conversación grupal. La acción de muchas representaciones puede ser acompañada e intensificada con grabaciones musicales que susciten diferentes estados de ánimo (J. J. Moreno, 1980).

Materiales de artes gráficas. Pinturas, arcilla, papel mache, pasteles, crayones, pinturas para los dedos, arena coloreada y muchos otros materiales para la ejecución de collages permiten a un grupo, a partir de ideas de la terapia de arte transitar a la dramatización y retomar después la creación artística.

Entre los posibles ejercicios de esta clase esta la realización compartida de dibujos. Tras dividir al grupo en diadas, cada una de ellas dedica de cinco a quince minutos a crear un cuadro, que posteriormente presenta al grupo junto con comentarios sobre su experiencia. En grupos de matrimonios o parejas, cada una de éstas elabora sin hablar un dibujo sobre su relación.

Todas estas técnicas pueden servir como actividades de caldeamiento para alentar la espontaneidad y reafirmar la creatividad individual. El director está en libertad, de alterarlas cuando desee.

Selección del protagonista

El protagonista puede emerger del proceso grupal por diversos medios:

1. Ofrecimiento voluntario de una persona en la sesión en un curso o anterior. Si hay varios voluntarios, el director podrá someter a votación la asignación del rol de protagonista o determinar arbitrariamente el orden en que todos lo desempeñaran. Podría esperar previamente en silencio a que alguien se ofrezca como voluntario, pero debe ser prudente en la aplicación de este procedimiento, puesto que no todos los grupos reaccionan a él.
2. Preselección a cargo de un terapeuta.
3. Selección por el director luego de conversar con los integrantes del grupo.
4. Breve exposición del director sobre un tema o narración de una historia de interés para el grupo. Esto puede incitar a los participantes a examinar detenidamente ciertas cuestiones, y alentar a una persona a ofrecerse como protagonista.
5. Curso natural del proceso grupal. Esto ocurre cuando el grupo conversa y bromea con desenvoltura sobre un tema.

6. Sociometría en acción. El uso de espectrogramas, sociodramas y otros métodos centrados en el grupo suele despertar vivo interés en alguna persona en particular, la cual se convierte en candidata natural a protagonista. Si el grupo se ha reunido expresamente para tratar un tema específico, o luego de que éste haya surgido del proceso grupal, es muy probable que emerjan asuntos controvertidos respecto de los cuales el grupo desee conocer la posición de sus miembros. En estas condiciones es común acudir al espectrograma, tipo de sociograma de acción en el que los individuos se sitúan a lo largo de una línea imaginaria que va del “mas” al “menos” para señalar sus percepciones sobre un tema. El espectro de respuestas da claro indicio de la distribución de sentimientos sobre la materia en cuestión (Kole, 1967).
7. La técnica de la silla auxiliar o vacía, es de uso frecuente tanto en el caldeamiento como en la fase de acción del psicodrama (Lippitt, 1958). El director presenta una silla vacía y dice: “imaginen que en esta silla está sentada una persona importante para ustedes. Visualícenla: ¿Qué hace? ¿Cómo viste? ¿en qué piensa? alcen la mano cuando tengan una idea precisa de ella”. Después pregunta, al grupo en general o a una persona en específico, quien ocupa la silla. Al obtener respuesta, pide a quien la emitió representar a esa persona (y sentarse en la silla) o hablar con ella. Esto conduce a una breve alocución que puede derivar en una escena. La silla auxiliar es útil durante la dramatización cuando al protagonista le resulta difícil relacionarse con personas reales. Así, esta técnica es el principal instrumento del monodrama.
8. La escultura familiar es otro tipo de sociograma en acción. El director ayuda al protagonista a presentar su red social inmediata como un grupo de esculturas en un diorama o cuadro tridimensional. Aunque muy usual en la terapia familiar, esta técnica tuvo su origen en el psicodrama (Constantine, 1978). También es aplicable en redes sociales no familiares como las compuestas por compañeros de trabajo o miembros de un grupo religioso o escolar (Leventon, 1992, p. 74; Horley y Strickland, 1984). El protagonista inicia su “escultura” disponiendo de cierta forma al auxiliar que lo representa y después a las figuras de su red social a las que, en permanente diálogo con el director, coloca en posiciones que simbolizan la distancia y la actitud que guardan para con él, así como la calidad de la relación. Posteriormente hace decir a cada figura una frase emblemática, con lo que se les confiere vida de manera simbólica. Por último, retrocede y observa la escena, o se incorpora a ella para relacionarse con su red social. La figura elegida para encarnar a cada miembro de la red y su ubicación y función en la escultura revelan la manera en que el protagonista percibe sus relaciones familiares.
9. Diagrama de red social. Uno de los ejercicios de caldeamiento más provechosos es el simple trazo por cada persona del diagrama de su red social, compuesta por cinco a quince personas más significativas para ellas (Blatner, 2005). Al presentarse en el centro de una figura circular

e indicar con líneas lo que sienten por los miembros de su red social, los participantes discernen de inmediato cuestiones de gran importancia para ellos (Buchanan, 1984). La parte de cada línea que va del símbolo del sujeto a la marca intermedia indica los sentimientos de este hacia la otra persona; la parte restante se refiere a lo que el sujeto cree que la otra persona siente por él.

Pasos del caldeamiento:

- a) El director realiza ejercicios para su caldeamiento personal.
- b) El grupo establece metas, roles cuotas, límites, duración, etcétera.
- c) Los miembros del grupo se conocen entre sí a través de ejercicios.
- d) El director coordina la práctica de ejercicios de acción para fomentar la cohesión grupal y la espontaneidad.
- e) Esto desemboca normalmente en una conversación sobre lo que los participantes experimentaron en los ejercicios de caldeamiento, lo que deriva a su vez en la identificación de un tema de interés como o de un problema de un individuo.
- f) Uno de los integrantes del grupo es elegido como protagonista de la dramatización, ya sea que haya de representar un problema propio o un tema de interés grupal.

Tránsito a la acción

Habiendo emergido el protagonista, en la última etapa del caldeamiento el director comenta con el tema básico y lo conduce al escenario. En su conversación con el protagonista, el director se mantiene atento a todos los indicios que apunten a una posible dramatización.

El caldeamiento especial del protagonista tiene como propósito sumergirlo en creciente creatividad. Si ésta alcanza un grado inusualmente alto el protagonista podrá dirigir casi por sí solo la dramatización.

Si durante el caldeamiento el protagonista se muestra cada vez más inquieto y exhibe creciente resistencia, el director deberá optar por una esfera de exploración de menor carga emocional sin suspender la acción.

II. La acción

La segunda fase del proceso psicodramático tras el caldeamiento y la selección del protagonista es la acción, la cual implica la exploración del problema del protagonista.

Aunque cada representación psicodramática es única, la acción suele comenzar con la dramatización de algún aspecto de la situación presente, a fin de ayudar al protagonista a expresar los sentimientos e ideas subyacentes que acompañan su conducta. Después son ejecutadas otras escenas, relativas a otras personas o más a menudo, al pasado, las cuales revelan inquietudes o patrones comunes. La acción transita posteriormente a escenas capaces de exhibir las actitudes y reacciones básicas aparentemente problemáticas para el protagonista.

Al dramatizar sus conflictos medulares, el protagonista suele reexperimentar sus emociones originales: aflicción, temor, ira, anhelo, vergüenza, culpa o confusión. La expresión de estos sentimientos supone un proceso de catarsis (Blatner 1985^a). El reto es ayudar al protagonista a encontrar la manera de reapropiarse constructivamente de sus sentimientos, probablemente reprimidos. Después de escenas de expresión de sentimientos de vulnerabilidad deben ser ejecutadas escenas que produzcan sentimientos de eficacia y esperanza. Este proceso en dos etapas explica el dictum de Moreno de que “a toda catarsis de abreacción debe seguir una catarsis de integración”, en la que el protagonista reclama la fuerza y vitalidad asociadas con aspectos de sí mismo previamente negados.

El protagonista es primeramente “sumergido” en una espiral que lo conduce a elucidar sus problemas “medulares” y “extraído” después de esa espiral mediante la aplicación de los insights obtenidos a la ampliación o entrenamiento de conductas de roles más apropiadas. El proceso de integración, puede implicar escenas que contribuyan a consolidar, por medio del ensayo conductual, los beneficios conseguidos, o a explorar elementos de un “asunto inconcluso” revelados por las escenas previas. Dado que, sin embargo, la situación de cada protagonista posee componentes particulares, es imposible establecer reglas fijas sobre la secuencia de las escenas.

Presentación del problema

Luego de ser seleccionado, el protagonista es seleccionado al escenario para que describa su situación. En su conversación con el sobre el problema, el director busca un ejemplo en específico. Si el protagonista da en narrar su situación, el director lo instara a representarla. El director pone el ejemplo hablando en tiempo presente y recuerda al protagonista hacerlo.

Estimulado a hacerlo, el protagonista intensificará su caldeamiento y se involucrará en la situación que desea presentar, con lo cual suspenderá gran parte de su juicio (aunque no todo) de que “únicamente está simulando”.

La participación física del protagonista en el empleo de la utilería alienta su proceso de caldeamiento. El director debe conseguir además que los participantes mantengan un nivel óptimo de movimiento a lo largo de la dramatización, para evitar que esta se reduzca a la interacción verbal (uno de los

errores más comunes de la dirección de psicodramas). Para ello puede servirse de cambios de escena, inversión de roles, ascenso a sillas y otros muebles empellones y muchas otras técnicas.

Incorporación del auxiliar

Concluida la colocación de la escenografía y una vez elegido el auxiliar, éste adopta de inmediato su rol. La escena sigue su curso.

Si, en opinión del protagonista, el auxiliar no ejecuta su rol como debería, el director recurrirá a la inversión de roles a fin de que el auxiliar consiga un mejor desempeño. Si por su parte, el protagonista tiende a narrar los hechos al director o a la audiencia el auxiliar deberá hacerlo retomar a su rol.

Si el protagonista se extravía en intelectualizaciones o confusiones respecto a sus sentimientos, será posible usar varias técnicas:

- Realzamiento de la comunicación no verbal. El protagonista dramatiza la escena sin hablar. Exagera en cambio el tono, inflexión y ritmo de su voz (emitiendo un blablablá o silabas sin sentido), así como su expresión facial y sus gestos. La acción permite una más clara expresión de la emoción subyacente.
- Soliloquio. Para esclarecer sus sentimientos, el protagonista habla consigo mismo en voz alta mientras camina, tras lo cual reanuda su interacción con el auxiliar.
- Doble. Si el protagonista tiene dificultades para expresar claramente sus emociones, un doble puede encargarse de dar voz a sus sentimientos.

Atención a la comunicación no verbal

Uno de los métodos útiles para que el protagonista esclarezca su problema es la representación expresa de la comunicación no verbal implicada en una escena.

A menudo lo dicho en una interacción (el contenido) es menos importante que la forma en que fue dicho (el proceso). La magnificación de la expresión, postura, tono de voz, ángulo del cuerpo y gestos contribuye a sacar a la superficie los factores que quizá hayan sido las principales determinantes de la reacción de la otra persona.

La postura del cuerpo y otros elementos de la conducta no verbal no solo enriquecen nuestra comunicación con los demás, si no también revelan o refuerzan nuestros sistemas actitudinales personales. La actitud y otros componentes correlativos de la conducta que adoptamos al quejarnos, por ejemplo, tienden a reforzar la sensación de impotencia y las percepciones asociadas con ella, así como una postura o expresión violenta promueve una actitud irreflexiva de auto justificación.

La inversión de roles, las observaciones de la audiencia, la amplificación de gestos y la técnica de espejo permiten al protagonista y al grupo cobrar conciencia de la naturaleza e importancia de la comunicación no verbal implícita en toda interacción.

Eliminación de resistencias

Una de las tareas más importantes de la psicoterapia y el psicodrama es ayudar al protagonista a examinar los sentimientos que amenazan su aptitud o autoestima. Es común que los protagonistas se valgan de las resistencias más diversas para no enfrentar experiencias desagradables. El director podrá explorar conflictos más profundos si aborda directamente esas resistencias. Moreno lo explicó así: "lo que nos corresponde no es derribar las barreras del protagonista, si no pulsar la perilla de sus muchas puertas para ver cuál de ellas abre".

Los pasos a seguir al emerger las resistencias son, primero, recordar al protagonista el propósito de la actividad y carácter inofensivo tanto del grupo como del proceso y segundo, confirmar la validez de la renuencia del protagonista mediante el hecho de expresarla, precisamente en función del doble.

Si el protagonista actúa su resistencia y adopta subconscientemente una actitud elusiva, el director podrá hacer explícita una maniobra solicitando a aquel que exagere.

La reformulación de expresiones elusivas permite hacerle ver al protagonista su oposición a abordar el problema. Así, el doble o el director podrían convertir la afirmación "no puedo imaginar la situación" en "no deseo imaginar la situación", "no se" en "no quiero pensar en esto". La expresión "esto es inútil" podrá ser aceptada, pero matizada con reconocimiento de la naturaleza temporal de la resistencia presente: "esto no tiene sentido para mí en este momento".

El propósito de la representación explícita de las resistencias del protagonista es que éste cobre conciencia de su decisión de recurrir a ellas; esto es, de su responsabilidad sobre su conducta y sus patrones conductuales habituales. De este modo si, con el apoyo del director, le es permitido decir no, más pronto estará preparado para decir sí.

Si el tratamiento del problema angustia cada vez más al protagonista, será conveniente que se distancie del conflicto medular. Así, será necesario retroceder temporalmente en la ya descrita transición de asuntos periféricos a centrales.

Uno de los mecanismos de defensa más frecuentes es el aislamiento de afecto, la negativa a admitir la experimentación de emociones. El primer paso para enfrentar esa resistencia es ayudar al protagonista a tomar conciencia de que experimenta una emoción. Para que aquel pueda proceder a explorar el significado de sus emociones antes es preciso que identifique la calidad de estas. El director debe remitirse para ello a la comunicación no verbal e imaginación del protagonista. Estas

dos “vías de acceso al inconsciente” están libres de las formas más comunes de resistencia; intelectualización, vaguedad, explicación, racionalización, abstracción y circunstancialidad.

La comunicación no verbal del protagonista es dramatizada mediante el tratamiento de diversas partes de éste como entidades activas. La tensión física, la obstrucción de la voz o el afrontamiento de las manos pueden ser dramatizados en un breve encuentro entre diferentes partes del self.

La imaginación es otra vía para la identificación de sentimientos profundos. Las figuras de una pesadilla, alucinación o fantasía dirigida pueden interactuar entre sí con el uso de métodos psicodramáticos para esclarecer la naturaleza de los complejos –los conglomerados de actitudes, imágenes y emociones-del protagonista.

La eliminación de resistencias es el núcleo de la psicoterapia y el psicodrama. Ninguna otra tarea somete a tan dura prueba la habilidad de director.

Dramatización de las actitudes básicas

Un paso importante de la exploración psicodramática de un problema es la representación explícita de las actitudes y supuestos básicos del protagonista en referencia a sí mismo, los demás y la naturaleza de las relaciones humanas. Tales actitudes hallan expresión en oraciones internalizadas que normalmente comienzan con el verbo debo (no debo). Es indispensable incitar al protagonista a hacer explícitos esos enunciados, porque representan los valores de su súper yo.

Además de sus sentimientos, el protagonista debe expresar las actitudes que le impiden aceptarlos como parte de su sistema de sí mismo.

Exploración de los conflictos medulares

El problema originalmente presentado no suele ser la causa del desasosiego emocional del protagonista. Las relaciones por especificar una vez alcanzado este punto de la dramatización son las de las primeras etapas de la vida, periodo durante el cual arraigan asimismo las actitudes básicas.

Durante la dramatización de esas relaciones fundamentales podría parecer que el protagonista distorsiona los sentimientos de la contraparte, pese a lo cual el director debe evitar una interpretación correctiva. El protagonista no puede sino presentar en un principio la situación tal como la experimenta: es su verdad. Es indispensable que se sienta escuchado al revelarla. Si esto ocurre más tarde accederá a examinar la situación desde los demás puntos de vista implicados en ella.

La inversión de roles permite al protagonista dramatizar sus percepciones, por tergiversadas que estas sean, de sus relaciones interpersonales, es decir, representar lo que cree que los demás

piensan (sus propias proyecciones). Esto contribuye a diagnosticar la psicodinámica del protagonista.

Hambre de actos

El director no debe de exigir “realismo” al protagonista. Hacerlo equivale a impedir que éste vea confirmada la validez de su verdad psicológica. El reconocimiento de la necesidad de resonancia empática fue uno de los motivos del auge en el psicoanálisis de la psicología del self en la década de 1980. Aparentemente, el “niño interior” no escuchará sin antes sentirse escuchado, para lo cual es indispensable que le sea permitido expresarse plenamente. Todo individuo necesita oírse decir lo que siente y piensa, así como que otras personas convaliden ese proceso.

Entre los insights más perspicaces de Moreno está el de que los individuos precisamos de algo más que de la mera expresión de nosotros mismos: además de hablar de nuestras necesidades, necesitamos hacer cosas –al menos simbólicas- que las satisfagan. Moreno llamo hambre de actos al impulso a cumplir los deseos y pulsiones surgidos en los más profundo del self. El director debe ayudar al protagonista a satisfacer simbólicamente tal hambre de actos.

El hambre de actos implica algo más que la expresión de ira y dependencia. El protagonista puede obtener importantes insights al cumplir su deseo de hacer alarde de sí mismo, lograr algo, demandar atención, expresar atención, bailar, soltarse, abrazar, forcejear juguetonamente, etc. Escenas de consumación de actos pueden implicar muerte y renacimiento, riesgo y confianza.

La consumación de actos confiere validez a las experiencias emocionales del protagonista, e induce por lo tanto a la integración de dimensiones de la personalidad hasta entonces rechazadas y suprimidas. Después de una catarsis, el protagonista puede aceptar como parte de sí mismo la ira, la dependencia y otras emociones negativamente valoradas y admitir que, en cuanto que ser vivo, posee una gran variedad de sentimientos (Blatner, 1985^a; Kellerman, 1984).

La consumación de actos también otorga validez a la capacidad de decidir como parte del self. Para muchas personas, la vida es algo que sencillamente ocurre. Adoptan una actitud pasiva y se sienten inertes y vacías en su interior. La catarsis que tan a menudo acompaña al proceso psicodramático constituye una activa toma de conciencia de diferentes mezclas de sentimientos hasta entonces rechazados y suprimidos. A las que sensaciones de ira y anhelo se alía una determinación de seguir adelante, la cual se integra al concepto de sí mismo y revitaliza el sentido del self del protagonista.

Es improbable que la manifestación de una emotividad extrema en una representación psicodramática derive en una completa pérdida de control. La presencia del director y el grupo y la expectativa del respeto de ciertos límites mantienen en el protagonista cierto grado de “yo observador” y “yo de control”. Es inusitado que un protagonista se vea desbordado por su

destruibilidad al punto de no poder dominarla; y aun si eso sucediera, un director experimentado recuperara rápidamente el control.

Pasos para la acción:

- a. El director conduce al escenario al protagonista, donde éste expone brevemente el problema.
- b. El conflicto es reducido a un ejemplo concreto posible de dramatizar.
- c. El director colabora con el protagonista en la descripción de las circunstancias físicas en las que ocurrirá la acción por representar, para establecer así la escena.
- d. El protagonista recibe la instrucción de ejecutar la escena como si sucediera aquí y ahora.
- e. El director convoca a los auxiliares, los miembros del grupo que interpretarán a las demás figuras del drama del protagonista.
- f. Es representada la escena inicial.
- g. El director asiste a los auxiliares para que consigan mayor dominio de sus roles; así, el protagonista intercambia brevemente con ellos sus respectivos personajes (inversión de roles) para que el mismo muestre la conducta de las demás figuras de su drama. Cuando los auxiliares reasumen sus roles, el protagonista les proporciona retroalimentación hasta quedar convencido de la fidelidad de la escena con la versión original de ésta en su imaginación. Este “moldeo” sirve de caldeamiento adicional para auxiliares y protagonista.
- h. Mientras la escena prosigue, el director introduce las técnicas psicodramáticas adecuadas (soliloquio, doble, apartes, etcétera) para facilitar la manifestación de los sentimientos expresados.
- i. En el curso de la dramatización, el director recurre así mismo a técnicas que permitan explorar diferentes facetas de la experiencia del protagonista.
 1. Para hacer explícita la ambivalencia varios auxiliares podrían representar distintas partes de la psique del protagonista.
 2. La inversión de roles es útil para dramatizar sentimientos de empatía o proyecciones del protagonista.
 3. Este puede confrontarse consigo mismo por medio de la técnica del espejo.
 4. Los recuerdos significativos se vuelven a representar.
 5. Planes, esperanzas y temores pueden ser simbólicamente consumados y explorados.
 6. El protagonista puede expresar emociones suprimidas mediante una vasta serie de técnicas facilitadoras.
- j. La acción transcurre hasta que el protagonista siente haber representado en forma simbólica conductas suprimidas, lo que equivale a la consumación del hambre de actos.

- k. El protagonista obtiene ayuda para desarrollar mejores respuestas actitudinales a su situación lo cual es conocido como elaboración. Técnicas particularmente útiles en la elaboración son:
1. Repeticiones del role playing del conflicto, en cada una de las cuales el protagonista adopta diferentes conductas.
 2. Modelación de actitudes por otros miembros del grupo, para indicar como enfrentarían el problema.
 3. Inversión de los roles entre el protagonista y los auxiliares para que, mediante la experimentación de la situación de los demás, aquel pueda obtener indicios sobre las conductas con las que podría conseguir el efecto deseado.

III. Cierre

No es suficiente que el protagonista tome conciencia de los sentimientos rechazados, malos entendidos y actitudes negadas que emergen con la catarsis de abreacción; también es necesario que descubra esperanzado la existencia de medios a su disposición para enfrentar eficazmente los retos de su vida. La restauración de la moral implícita en esta tarea recibe el nombre de catarsis de integración. La integración incluye: a) el desarrollo de una sensación de dominio sobre el problema, b) la recepción de apoyo del grupo y c) la preparación para volver a enfrentar los realistas desafíos del mundo exterior.

La principal tarea de algunas dramatizaciones es identificar y practicar una eficaz respuesta conductual a situaciones problemáticas.

La meta de los psicodramas de orientación terapéutica es ayudar al protagonista a alcanzar cierto grado de insight sobre los sentimientos no racionales que afectan sus decisiones. En cambio, en ámbitos poco propicios para la revelación personal, como la escuela o el trabajo, es preferible recurrir a versiones modificadas de métodos psicodramáticos específicamente destinadas al role playing.

Comentario grupal (sharing)

Concluida la dramatización, el protagonista transita gradualmente a adoptar una actitud reflexiva, lo que lo dispone en favor de la recepción de retroalimentación. Su inmersión física en la escenificación y la espontaneidad desplegada en ella lo colocan en un estado de extrema susceptibilidad a los juicios de los demás miembros del grupo. Para evitar, así, el "análisis" de la situación del protagonista, el cual podría tener nocivas consecuencias para éste, el director se sirve de la técnica psicodramática del comentario grupal (sharing), la cual consiste en el ofrecimiento de retroalimentación de apoyo al sujeto y en la revelación de asuntos personales por los demás integrantes del grupo (Barbour, 1972, 1977; Pitzele, 1980).

Cuando el psicodrama ha producido una catarsis o la presentación de una situación muy conmovedora, es común que en esta fase los miembros del grupo abracen al protagonista y lloren con él. Las dramatizaciones en las que el protagonista consigue un gran logro suelen rematar a su vez con una actividad triunfal. El director debe guiarse en este aspecto por los genuinos sentimientos de los individuos implicados, no por las técnicas impersonales.

Los participantes exponen entonces conflictos propios pasados o presentes, y la mezcla de sentimientos que tales conflictos les han hecho experimentar. Además de sus sentimientos personales, los auxiliares también pueden referir lo que sintieron durante la ejecución del rol que presentaron en el psicodrama.

Si un participante expresa una opinión, no un comentario (sharing) personal, como "siento que la causa de tu pasividad ante tu padre era tu relación con tu madre", el director debe de interrumpirlo de inmediato y reiterar las instrucciones del comentario grupal o sharing. Si de igual manera, un miembro del grupo pretende expresar sus sentimientos, pero adopta el hábito defensivo de hablar en segunda persona, el director recordará que debe asumir la responsabilidad de sus afirmaciones.

La causa de la total ausencia de comentarios grupales o sharing podría ser una de las siguientes: a) el grupo no está preparado, b) la cohesión grupal aun es débil y los participantes temen ser francos c) la dramatización recién concluida fue demasiado abstracta o la situación demasiado extraña para el grupo, d) la posición del protagonista fue diferente de las normas o valores del grupo, e) el grupo está molesto con el protagonista o el director. El director deberá resolver creativamente cada una de estas situaciones.

El grupo puede hacer sharing no solo en referencia a la situación del protagonista sino también a la de los auxiliares. No obstante, estos comentarios o sharing deben ser posteriores a los relativos al protagonista, para dar vivacidad al fin de la sesión y permitir un cierre más completo.

Cierre

El director puede concluir la sesión de muchas maneras. La duración de la sesión, el grado de cohesión y revelación alcanzado y la específica tarea grupal son variables por considerar. A menudo el periodo de comentario o sharing es seguido por uno de conversación favorable para el descenso del nivel de la sesión. A continuación, se nombrarán algunos componentes del cierre para tomar en cuenta:

- Vuelta a la realidad. Es lo que harán los miembros del grupo para adaptar a su vida cotidiana lo que aprendieron. Esto es importante luego de sesiones prolongadas o intensas.

- Planeación de la siguiente sesión. En grupos terapéuticos permanentes es posible conversar sobre próximas reuniones. Un miembro del grupo podría ofrecerse voluntariamente como protagonista o podría ser tomado un acuerdo sobre cierto tema.
- Síntesis. En grupos orientados a tareas, en los que la participación personal es limitada, suele ser necesario hacer un resumen de lo ocurrido en la sesión y explicar planes e implicaciones.
- Apoyo. Si el director considera que el protagonista necesita apoyo adicional a causa del estado de vulnerabilidad en que lo dejaron su inmersión a la dramatización o confrontación y los riesgos que corrió en ello, podrá recurrir a una técnica específica de fortalecimiento del yo.
- Asuntos pendientes. En caso de que entre los miembros del grupo prive la sensación de que no fue posible expresar ciertos sentimientos, conviene aplicar la técnica de resentimiento y agradecimiento: “antes de termina, expresemos nuestros asuntos pendientes. Quizá no los dejemos resueltos en este momento, pero aun así es importante que reconozcamos abiertamente sentimientos que no expresamos durante la sesión”. La participación en esta práctica es voluntaria.
- Rituales de cierre. Existe una amplia variedad de técnicas de cierre, como la de que los miembros del grupo fomen un círculo y se tomen las manos o sean conducidos a través de una fantasía guiada (Weiner y Sacks, 1969).
- Separación. Un grupo que ha experimentado un intenso intercambio emocional desarrolla tal grado de intimidad que se resiste a romper su cohesión. La ritualización de la experiencia de separación es de utilidad en este caso.

Pasos del cierre:

- a. Finalizada la acción principal, el protagonista recibe retroalimentación de apoyo de los demás integrantes del grupo. El director los alienta a expresar los sentimientos que experimentaron durante la dramatización, no análisis intelectualizados del problema.
- b. El director emplea una extensa gama de técnicas de apoyo.
- c. La conversación sigue su curso.
- d. Por último, el director inicia el proceso de caldeamiento de otra representación psicodramática o concluye la sesión, para lo cual dispone de técnicas de cierre.

Factores terapéuticos

El psicodrama da resultado no solo a la causa de factores terapéuticos señalados por Moreno si no también participa en elementos curativos más generales que pueden ser descritos en términos

psicodinámicos. A continuación, describiré que los métodos psicodramáticos pueden ser eficaces para tres propósitos: 1) facilitar los factores terapéuticos de la terapia grupal, 2) promover diversas dimensiones de la “fuerza del yo” y 3) contribuir a las fases de la terapia. Casi todos estos puntos permiten explicar así mismo la efectividad del psicodrama en contextos no clínicos.

Factores terapéuticos de la psicoterapia grupal

Moreno fue uno de los pioneros de la psicoterapia grupal y dedicó parte de sus últimos años a promover todo tipo de tratamientos grupales, así como el psicodrama.

Quizá la lista más conocida de factores terapéuticos de la psicoterapia de grupo sea la de Yalom (1957) incluyo en su ya clásico libro de texto sobre la psicoterapia grupal. A continuación, se mostrará una síntesis de ella a partir de la cuarta edición del libro de Yalom. (1995, pp. 1-105).

- Infundir esperanza es un tema fundamental para todo tipo de terapias (Ehrenwald, (1976). Puede ocurrir mediante el contacto con quienes ya se han beneficiado del proceso o con un terapeuta que tenga fe en el potencial del método para generar una transformación creativa o un cambio positivo, o por medio de la preservación de la expectativa de ayuda.
- La universalidad se refiere al descubrimiento de que los demás comparten las preocupaciones de un individuo, lo cual constituye una poderosa fuente de apoyo. Uno de los factores más significativos de la “enfermedad” psicosocial es la desmoralización, la cual se deriva en parte de la sensación de alienación, la creencia de que las deficiencias y problemas personales son únicos y vergonzosos. Los métodos psicodramáticos ayudan a los miembros del grupo a darse cuenta de la vastedad de los sentimientos comunes implicados en la condición humana, lo cual favorece la eficacia de la terapia.
- Altruismo, origen de la actitud de interés en los demás y de las habilidades correspondientes, es un importante elemento en la curación, a causa de que la mencionada sensación de alienación también echa raíces en la tendencia del egocentrismo. Pese a las afirmaciones, en artículos aparecidos en la última década, de que los grupos pueden fomentar el narcisismo, lo cierto suele ser lo contrario, porque la terapia de grupo alienta a los miembros de éste a abandonar sus hábitos egocéntricos y considerar en profundidad las necesidades y sentimientos de los demás. El psicodrama emplea la inversión de roles como método específico para alcanzar esta meta.
- El esclarecimiento mediante la información remedia un elemento común de las disfunciones psicológicas: el desconocimiento de datos sobre la psicología y habilidades de resolución de problemas.
- La experiencia emocional correctiva es producto del incumplimiento de las expectativas de juicio, culpabilización u otras actitudes y creencias basadas en la experiencia pasada, pues

por el contrario los miembros del grupo reciben apoyo, lo que les ayuda a “reprogramar” su conformación psicológica. El psicodrama y las técnicas sociométricas contribuyen a este proceso al hacer aún más explícitos los elementos no verbalizados de las interacciones y al favorecer, mediante el teatro espontáneo, la toma de conciencia de los miembros del grupo acerca del lugar de éste. Quizá la fuente más eficaz de la experiencia correctiva sea la que se desprende de que el protagonista imagine haber recibido de alguien una respuesta más grata en el pasado, para co-crear después, por medio de la realidad suplementaria, una escena en la que “experimente” un trato positivo. Esto confirma la validez de sentimientos desterrados y potencia al protagonista para hacer valer sus deseos.

- El desarrollo de técnicas de socialización ocurre en el curso de la terapia grupal verbal convencional, aunque la adición de métodos psicodramáticos aporta la riqueza de aprendizaje vivencial.
- El moldeamiento, la adopción de conductas más sanas de otros miembros del grupo, es un elemento importante, prolongación del factor anterior. Bandura (1971) destacó este elemento en su enfoque de terapia conductual y la dramatización profundiza este proceso.
- El aprendizaje interpersonal es otra variante de muchos de los factores ya referidos.
- La cohesión grupal es una poderosa experiencia que implica los sentimientos de aceptación y pertenencia. El descubrimiento por los individuos de que son aceptados sin la condición de suprimir sus ideas o sentimientos para ajustarse al grupo también constituye un notable factor curativo. La valoración de la creatividad en el psicodrama permite que ideas o conductas no convencionales sean vistas como un tipo de expresión artística, lo que fomenta la integración entre el empeño de individualidad y la presión de las normas grupales.
- La catarsis, la liberación emocional que acompaña a la expansión e integración del yo, es un importante factor terapéutico en la psicoterapia de grupo. El psicodrama se distingue por la utilización de este recurso.
- Los problemas existenciales son confrontados en la terapia de grupo al compartir ciertas realidades inmutables de la vida; la injusticia, la imposibilidad de escapar del dolor y otras dimensiones imponen un profundo cambio hacia la aceptación (no la resignación) y la responsabilidad. La ya mencionada dinámica de la cohesión grupal puede servir para atenuar el mensaje gracias a la presencia de los demás. Compartir con los demás nuestros sentimientos más profundos pueden hacer mucho para reducir nuestra sensación de extrema soledad y contribuir al proceso de curación.

Fortalecimiento del yo

Otro punto de vista para apreciar la efectividad del psicodrama es considerar la utilidad de sus diversas técnicas para fortalecer el yo del protagonista.

Con base en la escala de Bellak de las 12 categorías de las funciones del yo (Bellak, Hurvich y Gediman, 1973) las siguientes son las contribuciones que el psicodrama puede hacer al fortalecimiento de esas dimensiones.

- La prueba de realidad es intensificada con el psicodrama porque en la dramatización los protagonistas deben confrontar sus percepciones con la realidad del consenso social y con las limitaciones de representaciones concretas. Pese a la libertad del contexto dramático, la naturaleza concreta de la representación física de una escena contrarresta las distorsiones introducidas por las maniobras de evasión, las cuales tienden a desvirtuar la terapia verbal. El cambio físico de roles permite la distinción explícita de estímulos internos y externos; la plena expresión de sueños y fantasías contribuye en forma complementaria a su diferenciación consciente.
- El juicio es ejercitado a través de la dramatización de situaciones hasta sus conclusiones lógicas. Esto interfiere con tendencias a la negación. La tentación de correr riesgos puede ser colmada de manera simbólica en un contexto relativamente seguro, lo que permite diferenciar entre riesgos con mayores o menores consecuencias. Por medio de la inversión de roles, los protagonistas pueden advertir respuestas sociales inapropiadas y aprender a discriminar entre sus intenciones, por buenas que sean, y el impacto de conductas específicas juzgadas desde el punto de vista de otra persona. Un tema adicional es la diferenciación entre deseos y expectativas realistas, para lo cual es útil brindar la oportunidad de satisfacer en la fantasía el “hambre de actos”, a fin de identificar después las limitaciones de las probables opciones disponibles.
- El sentido de realidad el sentimiento subjetivo sirve como indicador de cierto grado de posesión, voluntad y responsabilidad personales. Es lo contrario del estado producido por los sutiles o significativos mecanismos de defensa de la negación la despersonalización y la irrealización. En lugar de permitir el rechazo de la experiencia, el psicodrama es particularmente eficaz para integrarla ya que implica acción física e imaginación, sensación e intuición, emoción y razón, dinámica intrapsíquica e interpersonal, etcétera. Al decidir cómo proceder a la dramatización de una escena, es ciertamente difícil responder de acuerdo con las (supuestas) expectativas de los demás, de manera que las tendencias al “como si” son gradualmente remplazadas por componentes de identidad más auténticos y sostenidos. Por medio, también de este caso, la inversión de roles, los protagonistas pueden diferenciar entre sus cualidades, opiniones y preferencias y las de personas significativas para ellos.
- La regulación y el control de pulsiones, afectos e impulsos puede ser favorecida mediante la expresión simbólica en el ámbito contenido del drama. Formas inmaduras de descarga emocional pueden ser sucedidas por la dramatización de reacciones maduras en un proceso de entrenamiento de roles. Es posible desarrollar y ejercitar asimismo gran variedad de

canales de sublimación, mientras que el ofrecimiento de modos saludables de gratificación facilita la renuncia a antiguos patrones de pensamiento y conducta escasamente adaptativos.

Con el uso de una extensa gama de escenas y situaciones los protagonistas pueden encontrar en sí mismos un vasto repertorio de emociones y conductas; en el curso de la educación de la espontaneidad, éstas son modificadas en función de la evaluación de la realidad y la toma de decisiones. En lugar de patrones habituales de reacción cargados de inhibiciones extremas o estallidos emocionales la persona se familiariza con el disfrutable dominio de un enorme espectro de estrategias de solución.

- Las relaciones objétales son susceptibles de ser exploradas mediante representaciones psicodramáticas, lo que da pie al desarrollo de habilidades en forma gradualmente complejas. Los auxiliares ejecutan roles de las reacciones habituales del protagonista para después reevaluarlas y depurarlas. Por medio de la inversión de roles los protagonistas trascienden sus inmaduras tendencias al egocentrismo y admiten que los demás poseen puntos de vista propios. La inversión de roles también promueve un cambio desde tendencias inmaduras a la “clasificación” de los demás según sean experimentados como totalmente buenos o malos hacia una capacidad más madura de “constancia de objetos”, la conciencia de que, pese a la combinación en los demás de cualidades deseables e indeseables, es posible relacionarse con ellos. Posteriormente, la inversión de roles y la asesoría pueden culminar, en pasos graduales, en la capacidad de empatía.

La frustración de saber que las necesidades de los demás podrían entrar en conflicto con las propias es compensada por el descubrimiento de que aquellos también son capaces de perdón, inclusividad, magnanimidad y otras cualidades positivas. La inversión de roles conduce al desarrollo de una confianza más realista u madura, lo cual evita los errores de la idealización y la devaluación. Además, esta habilidad se convierte en un recurso valioso para descubrir y enmendar distorsiones transferenciales (Kellermann, 1996).

- Los procesos de pensamiento son ejercitados en un ambiente dinámico que demanda un significativo grado de concentración, memoria y atención, al menos en dramatizaciones complejas. Los métodos psicodramáticos fomentan las capacidades de pensamiento de los protagonistas mediante el ejercicio del cambio entre niveles abstractos y concretos de significado o entre métodos de acción “de juego” y “serios”. Tales actividades los ayudan a comunicarse más claramente, aunque también a aprender a usar lenguaje en forma metafórica. Estas técnicas pueden ser modificadas y simplificadas, para su ajuste a las habilidades de quienes padecen graves dificultades en el área de funcionamiento cognitivo.

Así, aunque el psicodrama clásico quizá no sea apropiado para pacientes con discapacidades de desarrollo, dementes, con delirios o psicóticos, técnicas de acción estructuradas suelen ser más útiles que métodos puramente verbales y no directivos (Yalom, 1983).

- La regresión adaptativa al servicio del yo (RASY), término ideado por Bellak, es la capacidad para usar el juego, la fantasía, la intuición, el humor, la imaginación artística y otros componentes del reino subconsciente del proceso primario como vehículos para una vida creativa (Bellak et al., 1973). El psicodrama emplea activamente esta función del yo, cuya fluidez y destreza aumentan con el uso. La espontaneidad, tal como Moreno la definió, pone en equilibrio impulsos e inspiraciones intuitivas con los poderes de la razón, la sensibilidad y expresividad estéticas con la efectividad y el proceso primario con el secundario.
- El funcionamiento defensivo es un área del desarrollo del yo con la que es posible trabajar sistemáticamente mediante la introducción y demostración explícita de la eficacia de defensas maduras como la sublimación, supresión, compensación, afirmación y reevaluación. El modelamiento por otros de la resolución de problemas fomenta la tolerancia de grados de ansiedad de suaves a moderados. La seguridad del escenario y el grupo permiten una clara y expresa demostración de la dinámica implicada. La formación reactiva, anulación, respuestas contra fóbicas, aislamiento, desplazamiento, proyección y otras defensas simbólicas pueden ser dramatizadas y neutralizadas con el uso del doble y el cambio de aspectos de escenas. El reenmarcamiento de mecanismos de defensa como hábitos de pensamiento facilita su reemplazo por defensas y adaptaciones maduras, las que a su vez pueden ser practicadas, alentadas y reforzadas.
- Las barreras contra estímulos son fortalecidas con el psicodrama con técnicas de distanciamiento, amortiguación (buffering en psicología) y moderación (Blanck y Blanck 1979). Las habilidades para la realización de indispensables pausas con el uso de técnicas de caldeamiento pueden ser adaptadas las necesidades individuales. Los miembros del grupo aprenden medios para imponerse límites en forma consciente y recíproca afirmarse, buscar un momento de tranquilidad y no permitir presiones ni hostigamientos.
- Las funciones de autonomía son ejercitadas mediante el incremento de la seguridad en la conducta espontánea. Cuanto más improvisen los pacientes descubrirán mayor creatividad en sí mismos. El grupo tiende a apoyar y aprobar los aspectos positivos de la expresión individual, de modo que los pacientes desarrollarán habilidades y seguridad en sus propios recursos. Apoyado por el ámbito relativamente protegido del grupo el sutil abandono de la cohibición y autocontrol inducido por la escenificación psicodramática incita creciente confianza en la espontaneidad.

- La función sintetizadora e integradora es quizá la dimensión de mayor desarrollo en una perspectiva psicopedagógica como el psicodrama. La técnica del ego múltiple ayuda a los pacientes a experimentar y aclarar las diferentes partes de su personalidad. El fomento del encuentro interno hace surgir un “sí mismo seleccionador” de rango superior, el cual –en el rol de juez, hermano mayor, guía espiritual u otro personaje sabio y útil- busca acuerdos con nuevas opciones a conflictos interiores.
- La maestría y aptitud es una importante dimensión que puede ser favorecida por la práctica conductual de la dramatización y el psicodrama. El grado de dificultad de las situaciones puede aumentar paulatinamente y, gracias al reforzamiento del estímulo grupal, los pacientes comenzaran a experimentar una serie de éxitos.

Junto con las funciones de yo Bellak y colaboradores (1973) aludieron así mismo a algunos aspectos del súper yo y el funcionamiento de las pulsiones, los que también pueden ser trabajados constructivamente en psicodrama. Por ejemplo, las distorsiones del súper yo –esto es, la opresión de una conciencia excesivamente severa, rígida o laxa- pueden ser más fácilmente abordadas al ser contrarrestadas con un yo ideal –conjuntos de aspiraciones y modelos. Libremente elegido. La técnica de proyección futura permite esclarecer metas y probar aspiraciones y valores en al menos una simulación parcial de posibles opciones. Los métodos psicodramáticos para la evocación de gratificaciones simbólicas también contribuyen a modificar pulsiones agresivas o libidinales excesivas o sobrehinibidas. La expresión de sí mismo en un entorno protegido permite redirigir sentimientos y objetivos inmaduros hacia canales socialmente aceptables.

Facilitamiento de las fases de la psicoterapia

Si bien es posible que otros tipos de trabajo de grupo aporten detalles diferentes los métodos psicodramáticos pueden catalizar varias funciones en la terapia (Blatner, 1985). El proceso psicoterapéutico sigue una secuencia lógica, la cual, brinda al profesional una estructura racional:

1. Introducción y apoyo
 2. Contrato inicial e historia clínica
 3. Focalización de un problema, profundización y revisión de actitudes
 4. Formulación y renovación de contrato
 5. Manejo de fricciones en relación terapéutica
 6. Reintegración
1. Introducción y apoyo. La puesta en marcha de la terapia puede beneficiarse de la aplicación de los principios de caldeamiento, para combinar la habitual percepción de los pacientes de que su presentación debe ser excesivamente formal. El caldeamiento da a lugar a una

aproximación gradual al problema. Si el cliente se siente intimidado, la inversión de roles con el terapeuta u otros participantes atenuara sus fantasías de que habrá de ser juzgado y contrarrestara así mismo la impresión de asistencia social o expectativas poco realistas y hasta mágicas. Para prestar apoyo durante esta vulnerable fase, el terapeuta puede aplicar una versión modificada del doble a fin de hacer saber al cliente que está dispuesto a considerar la situación desde su punto de vista y, más aun, a ser corregido si sus impresiones son incorrectas.

2. Contrato inicial e historia clínica pueden tener como complemento la representación de pequeñas viñetas, minidramatizaciones para precisar una descripción. Las quejas iniciales de los clientes suelen ser vagas o muy abstractas. Este método cuasidramático ofrece mayor especificidad revela los elementos no verbales del significado de la interacción presentada y confirma al cliente que el terapeuta entiende su predicamento.
3. Focalización de un problema profundización y revisión de actitudes conducen a la terapia hacia la "mitad del juego". Cabe señalar que a lo largo de esta etapa ocurre un proceso de diagnóstico permanente. A veces no basta con describir un episodio conductual para reactivar todas las partes del patrón implicado. La dramatización del episodio ayuda al cliente a toma conciencia de todos los aspectos de la experiencia y a comprenderlos (Ford y Urban, 1998). Las técnicas de doble, inversión de roles concretización, espejo y maximización suelen formar parte de la exploración de los significados subyacentes de las conductas y actitudes que salen a la superficie. En este proceso, acompañado en ocasiones de la catarsis, también es posible hacer uso de la realidad suplementaria para la escenificación de sueños o fantasías.

Una vez obtenidos ciertos insights, el protagonista puede considerar opciones mediante la redramatización de una escena en forma diferente en tanto que el entrenamiento de roles es de utilidad para la integración de nuevas actitudes.

4. Formulación y renovación de contrato. A menudo es útil despojar de misterio el proceso terapéutico y comentar los significados generales del problema. La teoría aplicada de los roles proporciona una terminología relativamente neutra para consolidar la alianza de tratamiento (Blatner, 1993).
5. Manejo de fricciones en la relación terapéutica. Es inevitable que surjan fricciones y trabajar lo que, ha sido llamado resistencias y transferencias que brinda abundantes insights. Técnicas como las del espejo e inversión de roles suelen ser útiles para ello. Si el cliente considera que el terapeuta ha cometido un error puede redramatizar la escena para indicar qué pensaría y haría un "buen" terapeuta.
6. La reintegración puede ser reforzada con la dramatización de una escena correctiva en la que, mediante la técnica del auxiliar reformado el protagonista reviva una situación traumática "convertida" en positiva por la realidad suplementaria. Otra manera de promover

la integración es que el cliente redramatice la escena en forma más asertiva de sí mismo, para lo cual podría ser necesario miembros del grupo y la estimulación y apoyo de respuestas más eficaces. Así, el psicodrama sirve como laboratorio para la experimentación de conductas opcionales, un espacio seguro en el que los clientes pueden ensayar mayor variedad de reacciones.

Los problemas por abordar en la psicoterapia suelen ser complejos, pues contienen diversos asuntos relacionados entre sí. Luego de tratar una faceta de la vida a menudo surge una situación adicional. En consecuencia, la terapia bien puede implicar la repetición o repeticiones, de la secuencia ya descrita. Esto puede prolongarse varios meses o años, con pausas para consolidar habilidades. Las cuestiones de finalización, continuación y otros aspectos de la terapia también pueden ser consideradas. Lo importante, con todo, es que, dada la complejidad del proceso este ofrece abundantes oportunidades para la eficaz aplicación de métodos psicodramáticos.

Limitaciones

Principios y riesgos

El psicodrama es una metodología muy eficaz, pero puede ser mal utilizada. Consiente del alcance moral del psicodrama, Moreno (1957) promulgo uno de los primeros códigos de principios éticos para terapeutas grupales. Los psicodramatistas, ya sean que cumplan labores terapéuticas o se desenvuelvan en un contexto no clínico, deben estar crecientemente alertas a los problemas de claridad, límites y ética de su rol profesional. La cultura contemporánea es muy crítica de los roles de autoridad, y aun el rol del médico es juzgado como susceptible de deterioro bajo el disfraz de las buenas intenciones. La idealización de los prestadores de ayuda por los clientes y el hecho de que tales prestadores puedan engañarse sobre la naturaleza de su habilidad distorsionan por igual la relación asistencial.

Este es el motivo de que el empleo de métodos psicodramáticos, y en particular del psicodrama "clásico", precise de un alto grado de preparación. En conjunto, sin embargo, el proceso es inocuo si el director cumple dos principios generales: a) humildad y b) promoción de la dependencia mutua con el protagonista y el grupo. Pero además de sostener esos ideales y en el espíritu del compromiso de Moreno con esta metodología, tales principios generales deben ser puestos en práctica mediante la aplicación de técnicas específicas

Aportaciones

Técnicas psicodramáticas pueden ser eficazmente usadas en cualquier campo que requiera cierta exploración de las dimensiones psicológicas de un problema, como la educación, la psicoterapia y las relaciones industriales. La comprensión y tratamiento de problemas contemporáneos suelen demandar un proceso de aprendizaje vivencial participativo como complemento del análisis verbal y cognitivo. A continuación, se detallarán algunas de los principales contextos en las que actualmente son aplicados los métodos psicodramáticos. Cada director debe de modificar la metodología para satisfacer las necesidades de su estilo y capacidad y enfrentar así la situación del cliente y las realidades de su propio rol asistencial.

Profesionales de la salud mental

El área de más frecuente aplicación de métodos psicodramáticos es la salud mental. En hospitales, clínicas, unidades de consulta externa, unidades de atención de casos críticos, instituciones que combaten el alcoholismo y la drogadicción, comunidades terapéuticas y muchos otros ámbitos, numerosos profesionales han hallado cabida para métodos psicodramáticos. En ocasiones el psicodrama constituye un programa específico. Más a menudo, sin embargo, métodos y técnicas derivados del psicodrama son integrados a los procesos de la terapia individual grupal y familiar.

Terapia grupal

Dramatizaciones de duración variable pueden ser intercaladas en periodos de conversación. Métodos de acción pueden ser entretejidos con frecuencia en el proceso grupal en marcha. Especialmente eficaces son las técnicas del doble e inversión de roles y la interpolación de un ejercicio de comunicación no verbal. Estas técnicas permiten salvar algunos de los estancamientos verbales tan frecuentes en grupos terapéuticos.

Otro problema de aparición regular es la insatisfacción o intención de abandonar el grupo por parte de uno de los integrantes de este o un subgrupo. El espectrograma es una técnica psicodramática de gran utilidad para establecer problemas e ilustrar las opiniones de un grupo: quienes opinan de cierta manera se colocan en un extremo de la sala, quienes opinan de forma contraria se colocan en el extremo opuesto y los que son indiferentes se sitúan en medio. A esto le sigue una conversación sobre cualquiera de los dos subgrupos, lo que contribuye a reducir la inquietud de quienes creen ser los únicos en pensar de determinada forma. Cuando un miembro o subgrupo desea abandonar el grupo, el facilitador puede valerse de la técnica de espaldas. Quienes desean salir del grupo pueden hacerlo simbólicamente dando la espalda a sus demás compañeros, quienes conversan sobre su salida como si ya hubiera ocurrido mientras el grupo conversa, quienes lo “abandonaron” podrían

sentirse tentados a reincorporarse a él para aclarar malos entendidos y exponer su caso. Así mismo podrían descubrir que hay quienes coinciden con ellos y los defienden, lo que también podría inducirlos a volver.

Terapia familiar y conyugal

Métodos psicodramáticos pueden elevar el intercambio a un nivel de auténtico encuentro emocional, lo que a su vez facilita una exploración más productiva de los problemas en las relaciones entre los participantes (Blatner 1994).

En sesiones de terapia conyugal suele saltar a la vista que en la relación de pareja se ha establecido un sistema de rivalidad; esto es, cada miembro de la pareja pretende ganar mediante la justificación de sus acciones personales y la atribución de culpas a la conducta del otro.

Métodos psicodramáticos con niños y adolescentes

Técnicas psicodramáticas son utilizadas para ayudar a los menores a examinar conflictos emocionales propios de cualquier edad y contexto: el hogar, la clínica de orientación infantil, centros de tratamiento, clínicas de habla y audición, guarderías, centros de recreación, campamentos de verano o el salón de clases. Estas técnicas suelen ser aplicadas in situ cuando surge una situación en el patio de recreo, a la entrada de la escuela o donde quiera que el problema ocurra.

Debidamente adaptados a las condiciones específicas, además, los métodos psicodramáticos pueden ser muy eficaces para niños con habilidades cognitivas y verbales un poco deficientes, como infantes con retraso mental o delincuentes preadolescentes. El empleo de técnicas de role playing contribuye incluso al desarrollo de las habilidades verbales de estos niños proclives a la acción. Técnicas psicodramáticas pueden ser igualmente integradas con otras modalidades de terapias de actividad, juego y narración de historias.

Aplicaciones en educación primaria y secundaria

Métodos psicodramáticos pueden ser empleados en diferentes esferas escolares. En la mayoría de los casos, el uso de estos métodos debe ser limitado al juego de roles y el sociodrama. Esto es así porque las exploraciones personales propias del psicodrama podrían exponer al protagonista a un exceso de revelación de sí mismo frente a sus compañeros.

Las escuelas pueden usar la dramatización como el principal vehículo para el cultivo de las habilidades de "inteligencia emocional" descritas por Goleman (1998) indispensables para enfrentar las tensiones de un mundo en constante transformación.

Capacitación profesional

Una importante área de la aplicación de los métodos psicodramáticos es el desarrollo de las habilidades para las relaciones interpersonales y la sensibilidad entre estudiantes de profesiones asistenciales. Maestros, enfermeras, ministros religiosos, policías, médicos y muchos otros grupos de profesionales pueden tratar mejor algunos elementos de su formación mediante la educación vivencial, no estrictamente didáctica.

Aplicaciones en empresas e industrias

El psicodrama clásico sería solo excepcionalmente adecuado para la mayoría de las situaciones laborales, por la misma razón por la que no es pertinente en el salón de clase: el contexto compuesto por compañeros de trabajo suele contener más desconfianza y competencia interna que las que aquellos estarían dispuestos a admitir. Sin embargo, aplicaciones limitadas de métodos psicodramáticos, como role playing y técnicas de acción, son muy frecuentes en la consultoría psicológica industrial.

Al igual que en los campos de la capacitación profesional, la principal aplicación del role playing en la industria atañe al desarrollo de habilidades, en este caso de gerentes y personal administrativo y de ventas. Además, habilidades sociodramáticas son comúnmente de utilidad en la resolución de conflictos laborales informales u otras dificultades de comunicación. En particular, sin embargo, los métodos psicodramáticos contribuyen a despertar la imaginación respecto de las implicaciones de la actividad industrial en la sociedad contemporánea y del creciente refinamiento psicológico e interpersonal de la administración moderna.

Cualquier ejecutivo empresarial que tenga deseos de ayudar a sus empleados a trabajaren conjunto de manera más eficaz obtendrá gran provecho del empleo de principios socio métricos y psicodramáticos para el esclarecimiento d la dinámica grupal.

Aplicaciones en la religión

Moreno invirtió originalmente sus ideas sobre la creatividad y la espontaneidad en obras poéticas y teológicas, las que escribió antes de desarrollar el método psicodramática como técnica psicoterapéutica. Sus textos sobre el dinámico encuentro entre el ser humano y Dios en una relación cocreadora cobran hoy una nueva relevancia dada la ampliación de las tendencias religiosas contemporáneas para ofrecer cabida a ideas de otras filosofías.

Moreno llamo axiodrama a la dramatización de valores e inquietudes supremos. Mediante la modificación de métodos psicodramáticos, un ministro religioso puede hallar las maneras más vividas

y personales de ayudar a los demás a experimentar el significado de la oración, la meditación la muerte, la ética, etcétera.

Algunas dramatizaciones que podrían ser empleadas como introducción al psicodrama religioso son la relación entre Jesús y Judas, "el gran inquisidor" (historia de Dostoievski en Los hermanos Karamazov), el juicio final, o la creación ritual de Navidad o Pascua personalmente significativo.

En resumen, los métodos psicodramáticos pueden ser aplicados para cumplir las metas más diversas en una amplia variedad de contextos. Anteriormente se presentaron algunas de las principales categorías de contextos en las que tales métodos pueden ser de utilidad.

Integración con otras terapias

El psicodrama es un instrumento que trasciende cualquier enfoque terapéutico particular, y no una terapia en sí mismo. Así, puede ser integrado a la mayoría de los demás métodos psicoterapéuticos.

Psicoanálisis

En la práctica la mayoría de los psicodramatistas utilizan abundantes conceptos psicodinámicos, pero no se restringen a esta teoría. También muchas ideas psicodinámicas son relativamente compatibles con la teoría aplicada de los roles, excepto por el hecho de que esta concede mayor importancia a las influencias de las demandas de roles del presente.

El propio psicoanálisis ha evolucionado y ahora da cabida a incontables revisiones y subcorrientes; la psicología de las pulsiones, la psicología del yo, la teoría de las relaciones objétales, la psicología de sí mismo y la intersubjetividad son algunas de las más ampliamente reconocidas. Más allá de estas confusas fronteras, otros enfoques psicodinámicos emplea ciertos conceptos analíticos, aunque rechazan otros. Los métodos psicodramáticos pueden ser aplicados con muchos de estos abordajes teóricos. La única incompatibilidad, es el clásico requisito que confina al analizado al diván, aunque este ya solo es usado por una reducida minoría de profesionales.

El psicodrama puede complementar ciertas ideas psicoanalíticas. Por ejemplo, la corriente llamada psicología del self concede cada vez mayor importancia a la relación empática del analista con el analizado. Técnicas como la del doble pueden ser modificadas para ayudar en este proceso. De acuerdo con esta misma rama psicoanalítica, la motivación primaria es la necesidad de experimentarse a sí mismo como coherente y valorado. Con este fin, así, la actividad física del paciente, más allá del solo acto de hablar, puede contribuir al sentido de sí mismo como la sede de control o como el agente creativo en una interacción (Swink y Buchanan, 1984). Esto puede ser reforzado con la práctica de roles en la elaboración de varios insights.

Para la subcorriente de las relaciones objétales, la motivación primaria es el establecimiento de un sentido de estabilidad con los objetos del deseo, lo cual es hasta cierto punto comparable con la visión de Moreno acerca de la naturaleza de la inserción social. El concepto de átomo social de Moreno también podría ser traducido como el agregado de las relaciones de objeto de un individuo. Psicodramatistas como Holmes (1992), Olsson (1989) y Powell (1986) han señalado específicamente la posibilidad de realizar psicodramas con base en la teoría de las relaciones objétales.

En el marco de este enfoque, personas –del pasado y del presente- son experimentadas como imágenes mentales continuamente recreadas, a la manera de las figuras de un sueño mejor aún, de dramas interiores.

El psicodrama es especialmente útil en el esclarecimiento de la interacción dinámica llamada identificación proyectiva, la cual supone al menos dos partes. Esta interacción es muy similar a los “juegos” descritos por Eric Berne en su sistema de análisis transaccional, mientras que en términos de la teoría aplicada de los roles podría ser llamada reciprocidad de roles. De acuerdo con la identificación proyectiva, una persona acepta en forma inconsciente, o al menos se ve fuertemente tentada a hacerlo, una actitud o sentimiento que otra le comunica (Cashdan, 1988). El psicodrama puede explicitar y resolver mejor esas maniobras con el empleo de técnicas como la inversión de roles o la consumación de actos.

Integración con otros abordajes

La terapia cognitiva incita a las personas a evaluar sus supuestos de manera más sistemática y racional. Desarrollada por Aarón Beck en la década de 1960, esta perspectiva ha obtenido creciente reconocimiento debido en parte a que puede ser explicada en términos muy racionales (Beck y Weishaar, 1995). Asimismo, varios terapeutas cognitivos emplean una vasta gama de técnicas, incluido el role playing.

La terapia conductual, que surgió también en diversas versiones, en la década de 1960, integro pronto a su repertorio básico las técnicas de acción del ensayo, la modelación y la retroalimentación, así como la dramatización (Wilson 1995, p.210). A su vez, este enfoque ofrece sustento teórico adicional al entrenamiento de roles, la asesoría y otros mecanismos psicodramáticos. Es interesante hacer notar que las terapias cognitiva y conductual fueron combinadas por Donald Meichenbaum y otros especialistas en la terapia conductual cognitiva.

Terapia gestáltica. Fritz Perls emigro de Sudáfrica a Estados Unidos en 1947 y asistió a varias sesiones de Moreno, de las que extrajo técnicas de role taking, en particular la de la silla vacía, que más tarde complementaría con sus propias ideas existencialistas y psicodinámicas (Perls, 1973). El

intercambio de técnicas y principios entre ambas disciplinas continua hasta la fecha y sus métodos son muy compatibles. Paradójicamente, la terapia gestáltica alcanzó tanta popularidad en los años setenta que libros que aluden a métodos de acción llaman técnicas gestálticas, ignorando que su verdadera fuente es el psicodrama.

Las terapias de imaginación, como las propuestas por Leuner, Sheikh, Ahsen, Shorr y otros (Zahourek, 1998), contienen elementos que complementan el psicodrama y podrían ser enriquecidas a su vez con la inclusión de técnicas psicodramáticas, como los apartes, la descripción de roles y la inversión de roles. Estos enfoques también tienden puentes entre las terapias cognitivas las terapias expresivas y las hipnoterapias (Shorr, 1994). Los procesos de visualización asociados con el entrenamiento de la biorretroalimentación podrían incluir de igual forma recursos psicodramáticos, como las técnicas de realidad suplementaria de proyección futura o la reconstrucción del pasado. Además, algunas técnicas psicodramáticas están diseñadas para evocar imágenes y trabajar con ellas como parte del proceso (Hug, 1997).

Las artes creativas en terapia están naturalmente aliadas con aplicaciones del psicodrama (McNiff, 1981). Sistemas de pintura, música danza, movimiento, poesía y drama han empleado métodos psicodramáticos en calidad de caldeoamiento o como actividad posterior para una actividad más completa.

La terapia de juego, aunque tradicionalmente dirigida solo a niños tiene aplicaciones adaptadas para adolescentes y adultos sobre todo con restricciones de articulación verbal (Tooley, 1973). Los métodos psicodramáticos enriquecen así mismo el repertorio de los terapeutas de juego.

Las terapias corporales pueden ampliar y complementar los elementos de acción física del psicodrama. Técnicas derivadas del análisis bioenergético pueden ser modificadas y utilizadas para intensificar la abreacción y trasladar a la conciencia complejos emocionales relacionados con áreas corporales de tensión.

La hipnoterapia fue combinada con el psicodrama desde los inicios de su desarrollo. Ciertamente la representación psicodramática suele generar en el protagonista y otros participantes un nivel de trance de suave a moderado. Algunas de las técnicas más recientes de este campo en rápido crecimiento (así como del enfoque afín de programación neurolingüística) incluyen principios psicodramáticos, como hacer que partes de uno mismo dialoguen entre ellas y según una propuesta reciente, con un sí mismo sintetizador.

La terapia adleriana (psicología individual) fue considerada por Rudolf Dreikurs como complemento natural del psicodrama. Este dispuso que uno de sus colaboradores, Adaline Starr (1973), asistiera a la academia de Moreno y desarrollara esta línea de colaboración. Desde entonces, el psicodrama

ha sido parte regular del programa de estudios del Alfred Adler Institute de Chicago y ha sido adaptado como forma integrada por Shoobs, O'Connell y otros.

La terapia junguiana (psicología analítica) también ofrece oportunidades para la integración de métodos psicodramáticos. Watkins (1986) describió un extenso uso de diálogos imaginales para trabajar con imágenes arquetípicas, a solo un paso de la actuación. La modificación y prolongación por James Hillman del pensamiento de Jung de lo que derivó lo que el mismo llama la psicología arquetípica, también podría beneficiarse del uso de técnicas de acción. Estas darían mayor vida a la imaginación, considerada por Hillman (1983) la esencia de la espiritualidad y el verdadero objetivo de su enfoque terapéutico.

La terapia familiar ha utilizado una amplia variedad de enfoques activos y directivos. Es un contexto natural para la aplicación de técnicas psicodramáticas, especialmente el aparte, tras bastidores, la inversión de roles y el doble (Blatner, 1994; Hayden-Seman, 1998; Perrot, 1986). A su vez, el trabajo de la terapia familiar ha aportado varias ideas que pueden dar sustento al psicodrama. La escultura familiar, derivación de la sociometría en acción.

La terapia grupal ha usado más frecuentemente técnicas de acción en las últimas décadas, y podría adoptar con facilidad otros métodos psicodramáticos. Moreno percibió la sinergia entre estas dos disciplinas.

Otras disciplinas

El psicodrama ofrece ideas que pueden ser útiles en muchos campos más allá de la psicoterapia, a su vez, su propia teoría es ricamente fertilizada por la investigación y el desarrollo en esos campos.

El desarrollo infantil ha hecho grandes progresos, de modo que los psicodramatistas no deben basar su comprensión de este terreno en especulaciones de Moreno. No obstante, las ideas de este sobre la espontaneidad, role taking, tele y otras dinámicas psicosociales podrían enriquecer este campo.

Los estudios de comunicación, la lingüística, la semántica la comunicación no verbal, la semiótica, la psicología social la antropología y campos afines han desarrollado ideas valiosas para los psicodramas y otros líderes de grupos. Los estudios transculturales han explorado a su vez la naturaleza del drama en la curación, celebraciones rituales, y pueden contribuir a revisiones y mejoras en el psicodrama.

El campo interdisciplinario de estudios de creatividad –relacionado con teorías de autorrealización, “flujo” y muchas otras áreas de indagación. Es asimismo digno de ser mencionado. La naturaleza del juego se ha convertido también en objeto de estudio de antropólogos, etólogos, investigadores

del desarrollo infantil entre otros, y tiene relación de igual forma con él por qué y cómo de la utilidad del psicodrama.

En conclusión, un buen instrumento puede ser útil en muchos contextos, y los métodos y conceptos del psicodrama son notablemente flexibles y susceptibles de adaptación a un vasto repertorio de terapias y modelos de la psicología. Esta vía no es, sin embargo, exclusivamente unidireccional. El psicodrama, tanto en su teoría como en su práctica, puede enriquecerse e inspirarse en todos los abordajes mencionados anteriormente.

Capítulo 4. Propuesta

Justificación

De acuerdo con el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" en las últimas encuestas aplicadas los siguientes fueron los resultados obtenidos: En el periodo reportado el sexo que predomina de los 26,761 pacientes con diagnóstico de depresión es el 73.5 % a pacientes mujeres, el grupo de edad más afectado se encuentra entre los 20 a 29 años. Datos similares a los reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Debido a que el psicodrama permite desde su modalidad la integración grupal en diferentes personas y con distintas poblaciones, teniendo en cuenta que con pacientes psiquiátricos resulta ser muy eficaz en este caso enfocado al tratamiento complementario a la depresión. Por lo tanto se propone un taller psicodramático como parte de la terapia a la depresión con la finalidad de disminuir los síntomas de esta.

La "cura" en psicodrama es a través de la acción, es decir, los conflictos se dramatizan además de verbalizarse, dando una visión más amplia para el paciente y la posibilidad de resolverlos en ese momento y no solo el entendimiento de estos a nivel intelectual.

Al re-escenificar la situación conflictiva el paciente puede, con la ayuda del terapeuta, hacer en ese momento lo que no se atrevió o no pudo hacer en el pasado, experimentando nuevas formas de enfrentar situaciones pasadas. Se trabaja en forma individual (adolescentes y adultos) y de forma grupal.

El psicodrama, pone al servicio para el diagnóstico y el tratamiento de la depresión, sus técnicas abreactivas por una parte y su herramienta vincular que permite la reparación de lo esencial de ser contenido y escuchado, sin juicio, accediendo a la posibilidad de una mirada amorosa y compasiva que permite el reconocimiento del si mismo y del otro, para de esta forma recuperar la confianza perdida en la escena básica, para dar curso a las emociones reprimidas en un espacio protegido y de contención.

El psicodrama es la técnica por excelencia en el tratamiento de pacientes mentales, por que usa recursos somáticos y dramáticos para concretar las imaginaciones y fantasías más alejadas de la realidad torturante que aflige a los pacientes mentales (Ramírez 1997).

Objetivo general

Desarrollar un taller psicoterapéutico basado en el psicodrama con la finalidad de disminuir los síntomas de la depresión presentada en mujeres de 18 a 29 años.

Población: Se planea un taller para un total de 10 participantes (mujeres de 18 a 29 años).

Escenario: Se ocupará un salón con espacio amplio con buena ventilación el cual fungirá como el escenario para las sesiones las cuales tendrán una duración de 1 hora 30 minutos, hasta las 2 horas.

Materiales: sillas, cojines, grabadora, bocinas, proyector, tapetes, computadora, material de arte como cartulinas, colores, crayolas, pasteles y gises respectivamente.

Tabla descriptiva del taller.

Numero de sesión	Objetivo	Procedimiento	Material	Tiempo estimado
1	El director propone el tema grupal en este caso la depresión. El grupo establecerá metas, límites y duración de las sesiones. Se hará énfasis en el respeto y la privacidad de cada uno de los integrantes del grupo.	<p>Calentamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicación del taller. • Presentación grupal. • Se utiliza la fantasía dirigida. <p>Dramatización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elección de uno de los participantes como el protagonista. • Representación de algún problema o situación actual. <p>Cierre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentario grupal o sharing • Los participantes proceden a exponer conflictos propios pasados o presentes y la mezcla de sentimientos que tales conflictos les han hecho experimentar. • “Vuelta a la realidad” 	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio amplio con buena ventilación. • Tapetes • Cojines (opcionales) 	1hora 30 minutos a 2 horas.
2	Se buscara incrementar la cohesión grupal he incrementar la espontaneidad y la expresividad del grupo.	<p>Caldeamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se utiliza la danza/movimiento, en la cual se incita a los participantes a moverse libremente al son de la música con la finalidad de incrementar la espontaneidad y la expresividad. <p>Dramatización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elección de uno de los participantes como el protagonista. • Representación de algún problema o situación actual. <p>Cierre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentario grupal o sharing • Los participantes proceden a exponer conflictos propios pasados o presentes y la mezcla de sentimientos que tales conflictos les han hecho experimentar. • “Vuelta a la realidad” 	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio amplio con buena ventilación. • Sillas • Grabadora, computadora o bocinas que permitan reproducir música. 	1hora 30 minutos a 2 horas.
3	Se busca sensibilizar al grupo mediante el uso de la música y al mismo tiempo alentar a que surjan temas de conversación.	<p>Caldeamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se usa música como catalizador de la interacción grupal. <p>Dramatización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elección de uno de los participantes como el protagonista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio amplio con buena ventilación. • Sillas • Grabadora, computadora o bocinas 	1hora 30 minutos a 2 horas.

Tabla descriptiva del taller.

		<ul style="list-style-type: none"> • Representación de algún problema o situación actual. <p>Cierre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentario grupal o sharing • Los participantes proceden a exponer conflictos propios pasados o presentes y la mezcla de sentimientos que tales conflictos les han hecho experimentar. • “Vuelta a la realidad” 	que permitan reproducir música.
4	Los integrantes del grupo plasmarán sus ideas sobre la depresión en un dibujo con la finalidad de expresar sus pensamientos sobre ella.	<p>Caldeamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación un cuadro representando a la depresión, que posteriormente presentan ante el resto de los integrantes del grupo junto con comentarios de su experiencia. <p>Dramatización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elección de uno de los participantes como el protagonista. • Representación de algún problema o situación actual. <p>Cierre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentario grupal o sharing • Los participantes proceden a exponer conflictos propios pasados o presentes y la mezcla de sentimientos que tales conflictos les han hecho experimentar. • “Vuelta a la realidad” 	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio amplio con buena ventilación. • Sillas • Cartulinas • Pinturas, crayolas, acuarelas y pasteles. <p>1 hora 30 minutos a 2 horas</p>
5	Se busca la que los participantes externalicen sus pensamientos, sentimientos y vivencias acerca de la depresión	<p>Caldeamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se utiliza la fantasía dirigida. <p>Dramatización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elección de uno de los participantes como el protagonista. • Representación de algún problema o situación actual. <p>Cierre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentario grupal o sharing • Los participantes proceden a exponer conflictos propios pasados o presentes y la mezcla de sentimientos que tales conflictos les han hecho experimentar. • “Vuelta a la realidad” 	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio amplio con buena ventilación. • Tapetes • Sillas • Grabadora, computadora o bocinas que permitan reproducir música. <p>1 hora 30 minutos a 2 horas</p>

Tabla descriptiva del taller.

6	Se analizarán las experiencias de los participantes vividos dentro del taller, así como la retroalimentación del mismo y las impresiones de este en los participantes.	<p>Caldeamiento</p> <ul style="list-style-type: none">• Se presentará el video "Yo tenía un perro negro" de la campaña contra la depresión y el suicidio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). <p>Dramatización</p> <ul style="list-style-type: none">• Cada uno de los participantes para discutir las impresiones del video anteriormente mostrado ante el grupo.• Elección de uno de los participantes como el protagonista.• Representación del "Perro negro" en su vida, literalmente se le pedirá que imagine a la depresión como un animal u objeto, con el fin de expresar los sentimientos e ideas subyacentes que acompañan su conducta. <p>Cierre</p> <ul style="list-style-type: none">• Comentario grupal o sharing• Los participantes proceden a exponer conflictos propios pasados o presentes y la mezcla de sentimientos que tales conflictos les han hecho experimentar.• "Vuelta a la realidad"• Los miembros del grupo compartirán sus impresiones y experiencias dentro del taller.• Cierre del taller.	<ul style="list-style-type: none">• Espacio amplio con 2 horas buena ventilación.• Sillas• Computadora• Proyector
---	--	--	--

Alcances

La aportación del presente taller es una invitación a utilizar distintas herramientas dentro de la psicoterapia tradicional con la cual se trata a la depresión, existen distintas corrientes dentro de la psicología que pueden ser de gran utilidad y apoyo para poder brindar un tratamiento adecuado y eficaz contra este padecimiento.

El taller se realiza con la finalidad de que las participantes puedan expresar acontecimientos pasados o futuros, reales o imaginarios, externos o internos, experimentándolos al máximo, como si estuvieran sucediendo en el presente y de esta forma lograr que se den cuenta de los propios pensamientos, sentimientos, motivaciones, conductas y relaciones. De igual manera ayuda a mejorar la comprensión de las situaciones, de los puntos de vista de otras personas y de la imagen o acción sobre ellas.

El psicodrama ayuda a investigar y descubrir la posibilidad y la propia capacidad de nuevas y más funcionales opciones de conducta (nuevas respuestas) ante determinadas situaciones.

El psicodrama es una terapia que necesita un entrenamiento previo que nos permita llevarla a cabo, de otra manera, será difícil que el paciente exprese sus emociones de manera espontánea y enfrente de varias personas. Igualmente, a veces el proceso terapéutico depende mucho de los egos auxiliares y debido a que estos pueden presentar resistencias o apatía, el proceso no podría resultar tan terapéutico como se quisiera.

Limitaciones

Una de las limitaciones que pueden presentarse dentro del taller, es la poca participación de los protagonistas debido a la pena o vergüenza que pueda sentir ante los demás integrantes del grupo, es por ello que debe existir una buena fase de caldeamiento para que con ello los participantes puedan tener la confianza necesaria para representar ciertas situaciones o acciones.

Sugerencia

Se debe recordar que el psicodrama es solo una herramienta dentro del tratamiento de la depresión o cualquier otro problema por lo que debe de existir un seguimiento y un tratamiento completo del paciente.

Conclusión

Las investigaciones han avanzado mucho en el tema y han logrado dar distintas explicaciones de la génesis de la depresión. Hoy se sabe que pueden intervenir en el desarrollo de los cuadros depresivos factores genéticos, psicosociales y bioquímicos.

La mayor parte de la población con depresión no sabe que sufre de este padecimiento por lo que es un problema de salud nacional en tener profesionales de la salud en las instituciones públicas que puedan brindar orientación y tratamiento adecuado para poder identificar a las personas que sufran de esta enfermedad.

De la mano con la depresión se encuentran los altos índices de suicidio a nivel global, y en este caso en México, por lo que como se mencionó anteriormente la depresión debe de ser tratada por el sector salud público del país. Actualmente, se cuenta con estadísticas acerca de las personas deprimidas, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) los resultados de los últimos censos realizados en el país, indican un aumento significativo en las tasas de suicidios en México, tan solo en 10 años han aumentado de 2,603 casos anuales a 6,337, esto nos alerta a tomar medidas en contra de la depresión ya que se considera que esta es la 4ta causa de discapacidad y muerte prematura en el mundo y se proyecta que para el año 2020 será el segundo problema de mayor importancia en cuanto a la producción de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares.

Actualmente se cuentan con muchos tratamientos y distintas estrategias que pueden ayudar a las personas deprimidas a tener una adecuada evolución y así salir adelante, entre los cuales encontramos las terapias psicológicas y los medicamentos antidepresivos.

Vemos el psicodrama como una herramienta, para tomar conciencia de las defensas que ya no están siendo funcionales, incluso están entorpeciendo la adaptación del sujeto y entorpeciendo su adaptación, por lo que es una herramienta eficaz en el tratamiento de la depresión esto como parte de un tratamiento combinado siendo parte de la psicoterapia que puede ser empleada junto con fármacos.

Del mismo modo que en las psicoterapias tradicionales, el objetivo del psicodrama es que la persona se dé cuenta de su forma de actuar y sus limitaciones y desde allí pueda buscar el cambio, el paciente adquiere experiencias entrenadas y practicadas en la ficción, que le sirven de base para aplicar a su propia vida diaria.

Los psicólogos clínicos que promueven el psicodrama sostienen que la técnica permite que la persona comprenda sus emociones con mayor profundidad y que ensaye diferentes respuestas ante el problema. De este modo puede desarrollar un aprendizaje que le posibilite asumir un rol diferente.

Referencias

- Adam Blatner. (2005). Bases del Psicodrama. México: Pax México.
- Adam Blatner. (2005). El Psicodrama en la Práctica. México: Pax México.
- Alfonso Chinchilla Moreno. (2008). La Depresión y sus Máscaras. Madrid: Medica Panamericana.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Arlington: Panamericana.
- Antonio Corral Iñigo. (1998). De la lógica del adolescente a la lógica del adulto. Madrid: Editorial Trotta: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Barbara Hansen Lemme. (2003). Desarrollo en la edad adulta. México, D.F.: Manual Moderno.
- Carmen Leal Cercos. (1999). Trastornos depresivos en la mujer. Barcelona: Masson.
- Centro de prensa. (2016). La depresión. Septiembre 2016, de Organización Mundial de la Salud (OMS) Sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Diane E. Papalia, Ruth D. Feldman & Gabriela Martorell. (2012). Desarrollo Humano. México: McGraw-Hill.
- Erik H. Erikson. (1981). La adultez. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gerard J. Tortora, Bryan Derrickson. (2008). Introducción al cuerpo humano: fundamentos de anatomía y fisiología. México: Panamericana.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Octubre 2016, de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) Sitio web: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2012). Género y desarrollo: investigación para la igualdad sustantiva de las mujeres. México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Instituto Nacional de Psiquiatría. (2012). Estadísticas depresión. Octubre 2016, de Secretaria de Salud Sitio web: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/transparencia/archivos/estadisticas_depresion.pdf
- Matthew Johnstone. (2006). Living with a Black Dog: His Name Is Depression. Kansas City Missouri: Andrews McMeel.
- Mauro García-Toro. (2014). Estilo de vida y depresión. Madrid: Síntesis.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Depresión. Septiembre 2016, de Organización Mundial de la Salud (OMS) Sitio web: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación internacional de enfermedades, décima versión CIE-10. Madrid: Meditor.

Pablo Población Knappe. (2010). Manual de psicodrama diádico: bipersonal, individual, de la relación. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Robert S. Feldman. (2005). Psicología con aplicaciones en habla hispana. México: McGrawHill.

Robert V. Kail, John C. Cavanaugh. (2011). Desarrollo humano: una perspectiva del ciclo vital. México D.F: Cengage Learning.