

# Andres Montoya González

*por* FRANCISCO ANTONIO CALDERON GONZALEZ

---

**Fecha de entrega:** 01-sep-2021 07:44p.m. (UTC-0600)

**Identificador de la entrega:** 1639795236

**Nombre del archivo:**

57470\_FRANCISCO\_ANTONIO\_CALDERON\_GONZALEZ\_Andres\_Montoya\_Gonzalez\_205730\_4850457.docx  
(2.29M)

**Total de palabras:** 66639

**Total de caracteres:** 365112



**Universidad Autónoma de Ciudad Juárez**  
Instituto de Ciencias Sociales y Administración  
Departamento de Ciencias Sociales  
Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz  
*Programa Nacional de Posgrados de Calidad CONACYT*

**“Psicoterapia Gestalt Humanista en estudiantes universitarios  
con síntomas depresivos”**

Tesis que para obtener grado de Maestro en Psicoterapia  
Humanista y Educación para la Paz

Por

**Andrés Felipe Montoya González**

*Becado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, CVU 1015172*

Dirección

**Dr. Francisco Antonio Calderón González**

Ciudad Juárez, Chihuahua

6 de julio de 2021

**Universidad Autónoma de Ciudad Juárez**  
Instituto de Ciencias Sociales y Administración  
Departamento de Ciencias Sociales  
Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz  
*Programa Nacional de Posgrados de Calidad CONACYT*



**“Psicoterapia Gestalt Humanista en estudiantes universitarios  
con síntomas depresivos”**

Tesis que para obtener grado de Maestro en Psicoterapia  
Humanista y Educación para la Paz  
LGAC: Psicoterapia Gestalt Humanista

Por

**Andrés Felipe Montoya González**

*Matrícula 194440 / CVU 1015172*

*ORCID 0000-0001-9410-449X*

Dirección

**Dr. Francisco Antonio Calderón González**

*ORCID 0000-0002-2151-7450*

**Comité Tutorial**

Ciudad Juárez, Chihuahua

6 de julio de 2021

## **Agradecimientos**

*A México por abrirme sus puertas, a los Juarenses por invitarme a su casa.*

*Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por el apoyo brindado que me permitió dedicarme a mi formación profesional.*

*Al personal de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, en especial a coordinaciones, dependencias, docentes y administrativos por toda su contribución a mi desarrollo profesional y personal.*

*A la Coordinación de Bienestar y Orientación Estudiantil del Instituto de Ciencias Biomédicas, por facilitar el espacio y la población para prestar el servicio de esta investigación.*

*Al Dr. Francisco Antonio Calderón González y el Dr. Pedro Enrique Yáñez Camacho, por su dirección y apoyo incondicional más allá de lo académico.*

*A mi familia que son los superhéroes que siempre me protegen.*

*A Milena y José por ser los padres inspiradores de todos mis resultados.*

*A mis amigos y amigas del mundo que me acompañan en mis aventuras y locuras.*

*A todas las personas desconocidas que atravesaron por mi camino en estos dos años y me ofrecieron desde una mirada, un abrazo o un plato de comida, hasta sus pensamientos más íntimos.*

## **Dedicatoria**

*Este escrito es el resultado de años de buscar mi propio camino, de navegar en el océano del pensamiento tratando de encontrar respuesta a eso que somos los seres humanos. Afortunadamente no me encuentro ni cerca de hallar la respuesta, por lo tanto, seguiré siendo un eterno aprendiz.*

*Dedico ese esfuerzo con gusto a:*

*A las personas que sufren en silencio con sus pensamientos y emociones revueltas, y que esperan ser escuchadas.*

*A cada persona con la que he interactuado en mi tránsito por esta tierra mexicana.*

*A los compañeros de viaje que se convierten en amistades que llevo en mi corazón.*

*A mi hermano que un día no creía en mí y ahora sí cree.*

*A mi hermana por salvarme la vida hace unos años y ni cuenta se dio.*

*A mis padres por haberse atrevido a traerme a este mundo con todo lo que ha implicado.  
¡Atrevidos!*

*Finalmente, a Andrés, Felipe o a alguna de mis personalidades como un reconocimiento de toda la siembra que he venido a cosechar después de tanto tiempo.*

## **Comité Lector**

## Resumen

La depresión es una enfermedad reconocida a nivel mundial caracterizada por la presencia de un estado de ánimo triste y síntomas en las dimensiones comportamental, cognitivo, somático y relacional. El objetivo de este estudio fue analizar los cambios de los síntomas depresivos en dos estudiantes universitarios a través de un proceso de psicoterapia Gestalt humanista. A partir de una metodología cualitativa se realizaron 11 sesiones de psicoterapia en modalidad virtual por cada participante, se utilizaron técnicas supresivas, expresivas e integrativas principalmente. Con diseño fenomenológico se documentó el proceso psicoterapéutico utilizando primero las estrategias cualitativas cuestionarios cualitativos como el Help Aspects of Therapy de Llewelyn y una bitácora de registro de creación propia. La información surgida se enriqueció con el uso de instrumentos estandarizados como el Inventario de Depresión de Beck, Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama y Cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman. Los resultados indicaron un impacto positivo en la forma en que son afrontados los síntomas depresivos dado que se fortaleció la capacidad de darse cuenta de la persona, la identificación de los bloqueos gestálticos y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento. Los participantes lograron dar cuenta de su proceso de percepción de necesidades y la forma en que entran en contacto con los satisfactores, al igual que la identificación de los bloqueos que interrumpen la compleción de la Gestalt abierta y las estrategias de afrontamiento que más les favorecen a la hora de accionar para disminuir sus síntomas depresivos.

**Palabras clave:** Depresión, psicoterapia Gestalt humanista, estudiantes universitarios.

## **Abstract**

Depression is a globally recognized disease characterized by the presence of a sad mood and symptoms in the behavioral, cognitive, somatic and relational dimensions. The objective of this study was to analyze the changes in depressive symptoms in two university students through a humanistic Gestalt psychotherapy process. Based on a qualitative methodology, 11 psychotherapy sessions were carried out in virtual modality for each participant, different techniques were used, mainly suppressive, expressive and integrative techniques. Using a phenomenological design, the psychotherapeutic process was documented first using qualitative strategies and as support were used qualitative questionnaires such as Llewelyn's Help Aspects of Therapy and a self-created registry log. The information that emerged was enriched with the use of standardized instruments such as the Beck Depression Inventory, the Test de Psicodiagnóstico de Salama and the Ways of Coping Checklist by Lazarus and Folkman . The results indicated a positive impact on the way in which depressive symptoms are faced, due to the ability to realize the person was strengthened, the identification of gestalt blocks and the strengthening of coping strategies. The participants were able to account for their process of perception of needs and the way they get into contact with its satisfiers, as well as the identification of the blocks that interrupt the completion of an open Gestalt and the coping strategies that most favor them in order to take action to lower their symptoms down.

**Keywords:** Depression, gestalt humanistic psychotherapy, university students.

## Tabla de contenido

Introducción .....	1
Formulación del Problema .....	1
Antecedentes .....	11
Justificación del Estudio .....	17
Objetivo General .....	21
Objetivos Específicos.....	22
<b>Capítulo I. Soporte Teórico .....</b>	<b>22</b>
Trastornos Depresivos.....	22
Depresión en Adultos Jóvenes .....	27
Factores Predisponentes de la Depresión.....	29
Factores Explicativos de la Depresión .....	32
Psicología Humanista.....	39
Psicoterapia Humanista.....	44
Psicoterapia Gestalt.....	50
Técnicas de Psicoterapia Gestalt .....	61
<b>Capítulo II. Metodología .....</b>	<b>64</b>
Enfoque .....	64
Tipo de Estudio .....	65
Diseño de la Intervención.....	66
Categoría .....	67
Supuesto de intervención .....	68
Técnicas, Instrumentos y Estrategias de Diagnóstico .....	69
Consideraciones Éticas .....	72
Población.....	75
Selección de Participantes.....	76
Sistematización de la Información y Datos.....	77
Proceso de Análisis de Contenido.....	82
<b>Capítulo III. Resultados .....</b>	<b>86</b>
Descripción de Participantes .....	86
Condición Inicial de Ambos Participantes .....	89
Proceso de psicoterapia Gestalt humanista .....	92

<i>Fase 1. Diagnóstico y Valoración Inicial</i> .....	92
<i>Fase 2. Intervención</i> .....	102
<i>Fase 3. Evaluación y cierre</i> .....	157
<i>Fase 4. Seguimiento de Resultados</i> .....	163
Descripción por categorías .....	167
Condición Final de los Participantes.....	176
<b>Capítulo IV. Discusión y Conclusiones</b> .....	182
Discusión.....	182
Conclusiones .....	192
Limitaciones del Estudio.....	197
Recomendaciones.....	198
<b>Referencias Documentales</b> .....	200
<b>Anexos</b> .....	229

### Índice de Tablas

<b>Tabla 1</b> Características Bio-positivas y Bio-negativas de los bloqueos del Ciclo de la Experiencia.....	61
<b>Tabla 2</b> Operacionalización de indicadores de síntomas depresivos.....	68
<b>Tabla 3</b> Pre-test de síntomas depresivos e Inventario de Depresión de Beck II.....	90
<b>Tabla 4</b> Pre-test Test de Psicodiagnóstico Gestalt .....	91
<b>Tabla 5</b> Pre-test Cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.....	91
<b>Tabla 9</b> Presentación y diagnóstico.....	93
<b>Tabla 10</b> Reposo / Postergación .....	102
<b>Tabla 11</b> Sensación / Desensibilización .....	108
<b>Tabla 12</b> Formación de figura / Proyección .....	116
<b>Tabla 13</b> Movimiento de la energía / Introyección .....	124
<b>Tabla 14</b> Acción / Retroflexión.....	130
<b>Tabla 15</b> Precontacto / Deflexión.....	136
<b>Tabla 16</b> Contacto / Confluencia.....	143
<b>Tabla 17</b> Postcontacto / Fijación .....	150
<b>Tabla 18</b> Evaluación y cierre.....	158
<b>Tabla 19</b> Seguimiento de resultados.....	164
<b>Tabla 20</b> Pre-test y post-test de síntomas depresivos e Inventario de Depresión de Beck II - BAN .....	177
<b>Tabla 21</b> Pre-test y post-test de Test de Psicodiagnóstico Gestalt – BAN .....	177
<b>Tabla 22</b> Pre-test y post-test de Cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman – BAN .....	178
<b>Tabla 23</b> Pre-test y post-test de síntomas depresivos e Inventario de Depresión de Beck II – PBM .....	178

<b>Tabla 24</b> Pre-test y post-test de Test de Psicodiagnóstico Gestalt – PBM .....	179
<b>Tabla 25</b> Pre-test y post-test de Cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman – PBM .....	179
<b>Tabla 26</b> Seguimiento de síntomas depresivos e Inventario de Depresión de Beck II.....	180
<b>Tabla 27</b> Evolución de síntomas depresivos e Inventario de Depresión de Beck.....	181

### Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> Evolución de la depresión en el mundo .....	3
<b>Figura 2</b> Momentos del ciclo Gestalt de Salama.....	55
<b>Figura 3</b> Zonas de consciencia y capacidades del ciclo Gestalt de Salama .....	56
<b>Figura 4</b> Fases del ciclo Gestalt de Salama y sus respectivos bloqueos .....	60
<b>Figura 5</b> BAN - Terapia Gestalt .....	167
<b>Figura 6</b> BAN - Ciclo Gestalt de Salama.....	168
<b>Figura 7</b> BAN - Cambio terapéutico .....	169
<b>Figura 8</b> BAN - Estrategias de afrontamiento.....	169
<b>Figura 9</b> BAN - Factores de depresión.....	170
<b>Figura 10</b> BAN - Síntomas depresivos .....	171
<b>Figura 11</b> PBM - Terapia Gestalt .....	171
<b>Figura 12</b> PBM - Ciclo Gestalt de Salama .....	172
<b>Figura 13</b> PBM - Cambio terapéutico .....	173
<b>Figura 14</b> PBM - Estrategias de afrontamiento.....	173
<b>Figura 15</b> PBM - Factores de depresión.....	174
<b>Figura 16</b> PBM - Síntomas depresivos .....	174
<b>Figura 17</b> BAN – Modelo teórico .....	175
<b>Figura 18</b> PBM – Modelo teórico .....	176
<b>Figura 19</b> Códigos de primer ciclo de terapia Gestalt .....	242
<b>Figura 20</b> Códigos de segundo ciclo de terapia Gestalt .....	242
<b>Figura 21</b> Códigos de primer ciclo de ciclo Gestalt de Salama .....	243
<b>Figura 22</b> Códigos de segundo ciclo de ciclo Gestalt de Salama.....	244
<b>Figura 23</b> Códigos de primer ciclo de cambio terapéutico .....	245
<b>Figura 24</b> Códigos de segundo ciclo de cambio terapéutico .....	246
<b>Figura 25</b> Códigos de primer y segundo ciclo de estrategias de afrontamiento.....	247
<b>Figura 26</b> Códigos de primer ciclo de factores de depresión y síntomas depresivos.....	248
<b>Figura 27</b> Códigos de segundo ciclo de factores depresivos y síntomas depresivos .....	250
<b>Figura 28</b> Red de códigos del modelo teórico.....	251

## **Introducción**

Los síntomas depresivos representan un gran impacto en la población mundial de todas las edades, son los más frecuentes en relación con la salud mental y genera alteraciones en la vida de las personas con implicaciones en distintas áreas que componen al ser humano, por ejemplo, en lo familiar, social, económico, laboral, académico, sexual, entre otras. A nivel mundial la depresión ocupa los primeros puestos en cuanto a enfermedades mentales que generan discapacidad, en México se encuentra en primera teniendo en cuenta la muerte prematura y los días vividos sin salud. Los efectos de los síntomas depresivos se pueden observar en los niveles individual, colectivo e institucional, y además en niveles más amplios como en la comunidad, municipio, estado y/o país. En psicoterapia se han abordado dichos síntomas desde diferentes posturas teóricas, atendiendo diferentes aspectos del ser humano según el marco de referencia de las distintas corrientes de atención psicoterapéutica.

## **Formulación del Problema**

A nivel mundial, la depresión es una enfermedad mental creciente en la población en general. La Organización Mundial de la Salud [OMS] remarca que a nivel mundial impacta a un estimado de 300 millones de personas (OMS, 2018). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] informó que entre el año 2005 y 2015, la depresión ha aumentado en un 18.4%, para el 2015 se estimó con depresión al 4.4% de la población mundial (OPS, 2017a). En la región de las Américas se ha registrado el 15% en cuanto a depresión se refiere; según estadísticas presentadas por la organización *Our World in Data* citada en Ritchie & Rosner (2018), se estimó que el 3.44% de la población padece depresión, 2.7% en hombres y 4.1% en mujeres. La depresión perturba mayormente a las mujeres según

comparaciones soportadas por amplia evidencia empírica (González-Forteza, Hermosillo de la Torre, Vacio-Muro, Peralta y Wagner, 2015).

En países según clasificaciones de sus ingresos per cápita, la prevalencia en 12 meses del episodio depresivo mayor varía entre 2.2% -Japón- y 10.4% -Brasil- (Salvo, 2014). En un estudio epidemiológico internacional acerca de la prevalencia en el periodo de vida de los participantes con relación a los episodios depresivos mayores, reveló que el trastorno depresivo se presenta aproximadamente en el 50% de las personas de los países evaluados, principalmente en los de menores ingresos (Andrade, Caraveo-Anduaga, Berglund, Bijl, et al., 2003).

En Latinoamérica, según la Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2017), se ha destacado que Brasil mantiene una incidencia del 5.8% en diagnósticos de depresión; seguido de Chile, Cuba, Paraguay, y Uruguay. También, se estimó que, en el año 2017, el 22.4% de los latinoamericanos padece de depresión (Banco Mundial, 2017). En América Latina y la región Caribe, se estimaron 5% de personas diagnosticadas, sin embargo, el 60% no recibía tratamiento según datos registrados en el año 2012 (OPS, 2012). Los rangos de depresión a nivel mundial oscilan entre 2% y 6%, siendo que, en México se presentó entre los años 1990 y 2017 una prevalencia de entre 2.64% y 2.79% respectivamente (Ritchie & Rosner, 2018). Así mismo, en Colombia según el estudio de estimación de la carga de enfermedad, la depresión fue reconocida como la primera causa en las personas de 15 a 29 años (Ministerio de Salud, 2017).

En México, la Secretaría de Salud antes Secretaría de Salubridad y Asistencia [SSA] (2002) refirió que la prevalencia de depresión era entre el 12 y 20% en mujeres de 18 a 65

años. Resultados del estudio realizados por Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista y Zambrano-Ruiz (2004) destacaron que aproximadamente el 2% de los mexicanos han sufrido depresión en la infancia y adolescencia, cuyo primer episodio duró 31 meses aproximadamente, presentando 7 episodios en comparación con personas que tuvieron su primer episodio de adultos que solo presentaron 3 episodios durante la vida y el primero duró 16 meses. En el año 2004, según Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano (2005), las mujeres mexicanas presentaron un 5.8% de prevalencia en depresión y 2.5% para los hombres.

En complemento a dicha información, en la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica publicada en 2007, se señaló que el 8.8% había cursado como mínimo un episodio depresivo durante de su vida (Secretaría de Salud, 2007). En México la población con 12 años o más ha presentado sentimientos depresivos con prevalencias estimadas en 32.5% según el Instituto Nacional de Geografía e Información [INEGI], reportando en la Encuesta Nacional de los Hogares [ENAH] que entre los 15 a 29 años, un 25.8% ha sentido depresión, se observó un aumento del 11.2% en los sentimientos de depresión en comparación con el grupo de 7 a 14, siendo el aumento más representativo (INEGI, 2017). En el gráfico 1 se observa que a nivel mundial se ha mantenido una prevalencia alrededor de 3.44% de la población, sin embargo, en México se evidencia un comportamiento fluctuante y ascendente.

**Figura 1** *Evolución de la depresión en el mundo*



Fuente: Elaboración propia con datos de Our World in Data (2017).

Por su parte, datos de la Dirección General de Información en Salud [DGIS] (2015) estimó que un 6.4% de los mexicanos padecieron depresión diagnosticada en el año 2015. Resultados desde el año 2007 de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica [ENEP] han indicado que, el 9.2% de los mexicanos padecieron un trastorno relacionado con las emociones en algún periodo de sus vidas en los 12 meses anteriores al estudio y un 4.8% con un episodio (Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet, & Orozco, 2012). La Secretaría de Salud (2018) reportó 15 702 casos diagnosticados con depresión en personas con edades de 15 a 24 años. En el estado de Chihuahua se reportaron 1 275 casos en las mismas edades, lo cual equivale al 10% aproximadamente de la población con depresión.

En la región de Chihuahua, la depresión se ha reconocido como una dificultad grave desde el año 2016. En el año 2017, se detectaron 35 mil casos de los cuales el 80% son mujeres (Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua, 2017). De acuerdo con el INEGI (2019), los casos de depresión en el Estado de Chihuahua han aumentado en un 118% entre los años 2014 y 2018 (INEGI, 2019). Según la Dirección General de Información en Salud [DGE] en su informe final del 2019, señaló que el estado de Chihuahua ocupa el segundo

lugar con 10 675 casos diagnosticados con depresión, después de Ciudad de México con 19 659 (DGE, 2019). En el informe hasta la semana 2 del año 2020, se ubica a Chihuahua en segundo puesto con 206 casos precedido por Ciudad de México con 212 casos (DGE, 2020).

La sintomatología depresiva genera consecuencias en la vida de las personas y diversas implicaciones, la OMS pronosticó que la depresión sería la segunda forma de discapacidad más frecuente en el mundo para el 2020, antecedida solo por enfermedades cardiovasculares (World Health Organization, 1996). En México según datos de la ENEP, en la lista de las 10 enfermedades más representativas teniendo en cuenta la valoración de muerte prematura y días vividos sin salud, la depresión ocupa el primer puesto entre las enfermedades de tipo mental (Heinze y Camacho, 2010).

Los trastornos relacionados con depresión representaron en 2015 más de 50 millones de años vividos con discapacidad a nivel mundial (OPS, 2017a). Otro factor importante es la pérdida de salud de las personas afectadas por depresión medida en años perdidos por discapacidad [APD] por depresión. Según un informe de la OPS (2018) acerca de los trastornos mentales reveló que, afecta principalmente a los jóvenes de entre 15 y 50 años en la región de las Américas. La depresión se ubica como la primera causa de discapacidad entre trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias con un 7.8% de años perdidos por discapacidad a nivel global y en México de 7.6% de APD con relación a los otros países. Los episodios depresivos graves se consideran como uno de los estados más discapacitantes, se compara con los síntomas de esquizofrenia aguda, lesión en la médula, esclerosis múltiple y dependencia alta a heroína.

Siguiendo a Wagner, Gonzalez, Sánchez, García y Gallo (2012) quienes mencionaron que, en la Encuesta de Salud Mental en México, la discapacidad que genera la depresión es de 27 días si el trastorno es grave y 7 días si es moderado; así mismo se evidenció la utilización inadecuada de los servicios sanitarios, la comorbilidad y agravamiento en otras condiciones de salud, por ejemplo, síndrome de intestino irritable, enfermedad de Parkinson, enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión y otros. Así como refieren Medina-Mora, Sarti-Gutiérrez y Real-Quintanar (2015), la depresión se relaciona con factores biológicos que pudiesen facilitar el desarrollo de diabetes (p. 32). Incluso en otros dos grandes estudios prospectivos se relaciona la depresión crónica con el incremento en el riesgo de presentar cáncer (p. 34). De modo que los trastornos mentales aumentan la posibilidad de presentar enfermedades de distinta índole, la depresión en particular aumenta el riesgo en 1.64 veces para enfermedad coronaria, 1.5 a 2.0 veces para enfermedad isquémica y también tiene impacto en la muerte prematura en pacientes con enfermedad cardíaca latente (Medina-Mora, Sarti-Gutiérrez y Real-Quintanar, 2015).

Se estima que la discapacidad laboral a nivel mundial es liderada por la depresión, y en México teniendo como referencia la ENEP, se encontró una alta prevalencia de enfermos reportados con diagnósticos clínicos (CNDH, 2017). Así mismo, un estudio realizado por Benjet, Casanova, Borges y Medina-Mora (2013) en adultos mexicanos, encontraron que se pierden 40.7 días debido a la depresión y ésta tiene relación con el aumento de riesgo de enfermedad cardiovascular. La depresión causa niveles de angustia, dificultad para realizar tareas y dificultad para lograr su calidad de vida. También se afecta la capacidad de relacionarse con amigos, familia, pareja, compañeros de trabajo y como consecuencia final tiene un impacto global en las todas las áreas de la persona (Morales, 2017).

Las muertes relacionadas con casos de depresión y otros diagnósticos se presentan con mayor prevalencia en Ciudad Juárez y una parte en los ubicados en la sierra Tarahumara (Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua, 2017). Entre las principales causas para cometer acto suicida sobresalen las enfermedades mentales, en particular aquellas relacionadas con la depresión (Rivas, 2019). Chihuahua es el primer estado a nivel nacional en suicidios con una tasa de 11.4 según el INEGI (2018).

Las tasas de prevalencia de trastornos mentales a lo largo de la vida varían entre 12.2% y 48.6% a nivel mundial, la depresión por si sola representa el 4.3% de la carga global de enfermedad y se ubica en las primeras causas de discapacidad en el mundo. Ello genera un exceso de recursos demandados, pérdidas económicas, pérdida de fuerza trabajadora, siendo en México mucho mayor comparado con otras enfermedades crónicas no psiquiátricas (Secretaría de Salud, 2015). En relación con el impacto económico la Organización Internacional del trabajo [OIT] (2000), evidenció que países de la Unión Europea utilizan más o menos el 4% del producto interno bruto en dificultades relacionadas con la salud mental. En Estados Unidos de América el gasto para atender la depresión se sitúa en aproximadamente 40 000 millones de dólares al año. Esto cobra relevancia considerando que esas cifras son del año 2000, el incremento poblacional y el aumento de casos nuevos de depresión.

La depresión tiene un alto impacto en la salud pública y es angustiante teniendo en cuenta que más de 4% de la población total ha sido diagnosticada con depresión (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2017). El último comunicado de prensa pronunciado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH] en México, en 2016 existían aproximadamente 10 millones de mexicanos diagnosticados con

depresión, y se estimaba que una quinta parte de esos casos desarrolla etapas crónicas que puede derivar en actos de autodestrucción (CNDH, 2017). En México un estudio con estudiantes universitarios de medicina en Puebla identifica que el 95.23% refirió haber tenido al menos un síntoma depresivo en las semanas previas a la evaluación, y estimaron que un 31.72% podría presentar depresión mayor (Martínez-Martínez, Muñoz-Zurita, Rojas-Valderrama, y Sánchez-Hernández, 2016). Los datos actuales y el mantenimiento de la pandemia por COVID-19 ha aumentado los casos de depresión en un 25% según un estudio preliminar realizado en México, y también se espera que siga en aumento y aumente aún más cuando concluya la emergencia sanitaria. Esto se explica a causa del sufrimiento de pérdidas múltiples, agotamiento, desempleo, privación de la libertad voluntaria, entre muchas otras cosas más (Rodríguez, 2021).

Se sabe que la depresión puede afectar a cualquier persona sin importar su edad, ocupación o condiciones sociales, sin embargo, se incrementa por factores vitales estresantes, económicos, una afección física o problemas derivados del consumo de sustancias (OPS, 2017a). En múltiples estudios se menciona que las mujeres padecen de depresión en mayor proporción que los hombres y señalaron que la edad de mayor incidencia se encuentra entre los 15 y 19 años (Wu & Anthony, 2000). Dentro de las variables psicosociales también se encuentra la edad, la mayor parte de los trastornos psiquiátricos son diagnosticados en etapas antes de la adultez joven, y se han presentado diagnósticos tempranos en una gran porción de adultos que presentan un trastorno mental (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013). Los autores mencionaron que si un diagnóstico de depresión se presenta antes de los 18 años tiende a ser más largo y severo.

En Colombia se realizó un estudio en estudiantes universitarios de Cartagena y se encontró que la prevalencia de síntomas depresivos fue del 74.4%, destacando factores asociados las dificultades familiares, económicas, altos niveles de ansiedad y antecedentes de diagnósticos familiares (Arrieta, Díaz y González, 2014). En otro estudio realizado en una universidad pública de Brasil por Bresolin, Dalmolin, Vasconcellos, Barlem, Andolhe & Magnano (2020) con estudiantes universitarios del área de la salud, se encontró que la depresión en su forma moderada y grave se presentó en el 23,6%, fueron estudiantes de la salud. Se destacaron factores predisponentes como no realizar alguna actividad física, no tener momentos de ocio, usar autobús como medio de transporte, ser diagnosticado de alguna enfermedad, consumo de medicamentos y obesidad. También, se indicó que podría haber relación con alta exigencia, alta carga académica, una rutina estresante, percepción desfavorable de la realidad, entre otras cosas.

Los factores predisponentes de la depresión son multifactoriales, en su aparición convergen factores internos de la persona como lo biológico desde la predisposición genética, lo psicológico relacionado con las experiencias del ciclo vital y rasgos de personalidad; y externos como los eventos sociales adversos y ambientales asociados a las condiciones favorables para una respuesta adaptativa (Londoño y González, 2016). Adicionalmente, refirieron que los antecedentes familiares de trastornos mentales son un factor predisponente relevante, así como las relaciones interpersonales inadecuadas, los roles familiares desadaptativos y los problemas parentales.

La depresión puede derivar de anomalías biológicas que producen síntomas relacionados con el sueño, el nivel de energía, las reacciones emocionales y el apetito. Según Campagne, (2012) no se concluye que la depresión aparece de una irregularidad hormonal,

o fallas de ADN que puede afectar la función de neurotransmisores o que es la depresión la que causa la falla. En relación con el aspecto psicológico mencionaron que se atiende a la relación que tiene con eventos vitales y características personales, en lo que si existe consenso es en que la depresión está relacionada con sucesos calificados como negativos que la persona no puede afrontar de forma satisfactoria asociados a las alteraciones en los niveles de neurotransmisores.

Es decir, que la depresión no constituye únicamente un problema médico, hace parte también de fenómenos sociales como los cambios de estado civil, situación económica, estabilidad laboral, dificultades relacionales en la familia o el trabajo, estos constituyen causas de la alteración del estado de ánimo (Díaz, Torres, Urrutia, Moreno, Font y Cardona, 2006). Las personas diagnosticadas con depresión experimentan una disminución en su calidad de vida relacionada directamente a la alteración del estado de ánimo y es proporcional a su gravedad (Salvo, 2014). El estrés natural de la vida permite el desarrollo y la evolución, cuando los factores estresantes exceden los recursos del cerebro y la persona, hay áreas del cerebro y de la vida que comienzan a funcionar de formas inadecuadas que causan malestar, y es por esta razón que la ansiedad y la depresión generalmente ocurren juntas (Burnett, 2019).

En Ciudad Juárez, Chihuahua existen 356 677 adultos jóvenes entre 15 a 29 años (INEGI, 2015), el número de personas en Ciudad Juárez que se matricularon a una licenciatura en el año 2018 según el Instituto Municipal de Investigación y Planeación fue de 48 717 (IMIP, 2019) y basado en la tasa el porcentaje de personas con sentimientos de depresión -32.5 %-se estiman 11 592 adultos jóvenes con posible sintomatología depresiva (INEGI, 2017). La Universidad Autónoma de Ciudad Juárez en su estructura organizacional,

contempla entre otras, una Coordinación de Orientación y Bienestar Estudiantil [COBE]. Dicha coordinación es encargada de contribuir al desarrollo de los estudiantes, proporciona dentro de sus servicios atención psicológica, según la Coordinación del Instituto de Ciencias Biomédicas, en el informe del semestre enero-junio de 2020 reportó que, se recibieron 153 alumnos para este servicio, 110 recibieron atención, 72 mujeres y 38 hombres (COBE-ICB, 2020). Dentro de los motivos de consulta, los síntomas depresivos ocupan el primer puesto -24-, seguido por ansiedad -20-, duelo -13- y situaciones familiares -12-. Se han realizado esfuerzos para atender los síntomas depresivos de una gran cantidad de alumnos, dado que es frecuente que en los motivos de consulta se manifieste al menos un síntoma depresivo. Si bien se hace una atención psicológica enfocada en la solución de problemas, se requiere un mejor aprovechamiento de los tiempos implementando intervenciones de mayor profundidad para evitar el exceso de derivaciones -22-. Así mismo se han trabajado grupos de apoyo para estudiantes con síntomas depresivos, sin embargo, en el momento actual se hace imposible gracias al evento extraordinario de pandemia. Es notoria la importancia de comprender este fenómeno en los jóvenes universitarios y proponer un proceso de psicoterapia.

### **Antecedentes**

Los esfuerzos por disminuir las altas prevalencias de depresión se dan en todos los niveles de atención a la salud. Los programas más reconocidos para prevenir la depresión se encuentran en proceso de desarrollo, esto debido a que la problemática crece más rápido que la cantidad de profesionales preparados para brindar atención efectiva. Dentro de los programas destacados se encuentra la iniciativa de la OMS con el programa mhGAP que pretende formar a profesionales de distintas áreas para mejorar la atención de trastornos mentales como la depresión (OMS, 2019a). La OMS junto con la OPS se encuentran

promoviendo la campaña *Depresión: Hablemos*, que pretende que personas con depresión en todo el mundo busquen y obtengan ayuda con mayor frecuencia (OPS, 2017b). Siendo estas instituciones las más representativas en la materia y que se encuentran reuniendo esfuerzos previniendo el aumento de personas afectadas por esta situación.

En España existe un programa de prevención de la depresión en jóvenes: un enfoque positivo, una iniciativa que busca contrarrestar la situación alarmante que experimentan los jóvenes allí y en todo el mundo (Echeverría, 2015). En Chile se encuentra el Programa Nacional de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión, se encuentra en funcionamiento por medio de una red de 500 instituciones de atención primaria, cada una cuenta con un equipo multidisciplinario para atender esta problemática (Gómez, 2016). En Colombia se está innovando a través del uso de la tecnología para brindar apoyo personas con síntomas depresivos usando su dispositivo móvil. El programa tiene como objetivo que el usuario mejore su estado de ánimo y adopte estilos de vida saludables, se hace un seguimiento y acompañamiento durante tres meses con llamadas automatizadas y mensajes de texto (Universidad de los Andes, 2019).

En México, la problemática de la depresión también se ha convertido en un tema preocupante para el sistema de salud. En el estado de Jalisco, se ha realizado campaña estatal de la prevención de la depresión y ansiedad que está dirigida a promover en adolescentes la comunicación entre pares en caso de presentar síntomas que excedan sus recursos (Villa, 2017). También por iniciativa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2008), se provee un sitio web que orienta, ofrece información y es considerado como un programa de autoayuda para el manejo de depresión.

Actualmente en el estado de Chihuahua no hay campañas de orientación efectiva para responder a esta problemática (Mancinas, 2019). Los esfuerzos se dan con iniciativas como la Semana Estatal de Salud Mental que tuvo lugar en la tercera semana de mayo de 2019 (Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua, 2018). Por otra parte, un programa creado por jóvenes en Cuauhtémoc, guiados por una maestra, aborda temas como conducta suicida, depresión y consumo de sustancias con la intención de fortalecer lazos de prevención directos entre la juventud (Martínez, 2019).

En Ciudad Juárez la situación es similar, en el inicio del 2020 no se implementan campañas ni programas consolidados en la actualidad, únicamente una iniciativa que aún se valida su funcionamiento y método llamada Depresivos Anónimos Ciudad Juárez (Gamboa, 2014). Por iniciativa de Rotmenas con el Primer Festival Fronterizo de Salud Mental Rotmenas impartida a 500 alumnos de secundarias y preparatorias, cuyo objetivo principal fue dotar de información a los participantes (Vargas, 2019). Por último, se realizó el piloto *Chidamente*, un programa propuesto por el Instituto Chihuahuense de la Juventud ha impactado a 322 jóvenes de dos las ciudades más representativas, que presentaban algunas problemáticas de salud mental como la depresión. Se brinda este servicio a jóvenes de 12 a 29 años con el objetivo de prevenir y atender su salud mental, se brindó atención psicológica desde el modelo de terapia breve con un máximo de 10 sesiones (Gobierno del Estado de Chihuahua, 2020).

Además de la prevención la sintomatología depresiva ha sido objeto de intervención, se encontraron también intervenciones para tratar la depresión, propuestas desde diversos enfoques psicoeducativos o psicoterapéuticos como son el conductual, cognitivo, y cognitivo-conductual; terapia estrategia y sistémico familiar, el modelo psicodinámico, la

terapia interpersonal y desde el modelo humanista. En estudios que trabajan perspectivas psicoeducativas, conductistas y cognitivo conductuales, se observan importantes hallazgos. Por ejemplo, se realizó un estudio de caso en España con una joven de 18 años con trastorno depresivo mayor. El objetivo fue aumentar su estado de ánimo y disminuir sus síntomas depresivos, para esto se usaron técnicas psicoeducativas, activación conductual, auto instrucciones de afrontamiento, entrenamiento en asertividad, respiración diafragmática, técnicas de autoestima y reestructuración cognitiva. Se realizaron 12 sesiones de 1 hora de duración con 2 sesiones de seguimiento a 2 y 4 meses. El resultado fue favorable al reducir la sintomatología depresiva y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento (Antón-Menárguez, García-Marín, García-Benito, 2016).

En el ámbito de la intervención con sintomatología depresiva, destaca el trabajo de Castaño-Cervantes (2018) centrado en un estudio con 84 mujeres con edades entre 9 y 17 años, el objetivo fue trabajar en el bienestar subjetivo y sus determinantes en relación con síntomas de ansiedad, depresión, comportamiento asertivo y regulación emocional. Se utilizó una intervención cognitivo-conductual que incluyó psicoeducación acerca de los síntomas de depresión y ansiedad, también acerca de las estrategias de afrontamiento y su puesta en práctica, identificación de pensamientos favorables, examinar el rol de las emociones, habilidades de solución de problemas, juegos de roles y creación de planes de acción para la disminución de síntomas. Los resultados revelaron diferencias significativas en la disminución de síntomas depresivos y ansiosos, aumento en asertividad, estrategias funcionales de regulación emocional y bienestar subjetivo.

En una intervención realizada por Hemati-Alamdarloo, Moradzadeh-Khorasani, Najafi, Soosan-Jabbari & Shojaee (2019), trabajaron con 24 hombres de entre 20 y 40 años

divididos en dos grupos, hubo un grupo control y el otro recibió terapia cognitivo-conductual con duración de 8 sesiones. Utilizaron psicoeducación, planes de acción, tareas, entrenamiento del modelo ABCD de Albert Ellis, y entrenamiento en estrategias de afrontamiento. Los resultados del estudio mostraron que la terapia cognitivo-conductual es efectiva para reducir la depresión, ansiedad y estrés, sin embargo, refieren que se requieren más estudios para concluir dicha efectividad. Rosas-Santiago (2019) realizó un estudio experimental con el objetivo de conocer el efecto de la terapia cognitivo-conductual y psicoeducación en la intervención de estrategias de afrontamiento y sintomatología asociada al estrés. Participaron 31 personas en donde 15 recibieron el tratamiento y 16 fueron el grupo control, fueron 8 sesiones de 2 horas cada una.

Otros estudios humanistas, Gestalt y experienciales como el de Ellison, Greenberg, Goldman y Angus (2000) estudiaron a 43 pacientes diagnosticados con depresión mayor, encontraron que la terapia enfocada en la emoción -similar a la procesual-experiencial y terapia Gestalt- redujeron más la depresión que la terapia centrada en la persona. Otro estudio en depresión comparando la psicoterapia procesual-experiencial y cognitivo-conductual, se estudiaron 66 participantes quienes recibieron 16 sesiones de psicoterapia (Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos & Steckley, 2003). Los dos tratamientos han ayudado a los clientes a aumentar su autoestima, encontrar alivio al estrés y a mejorar sus actitudes frente a sí mismos y otros. Los que recibieron terapia procesual-existencial reportaron menos problemas interpersonales que aquellos que recibieron terapia cognitivo-conductual. Complementando, Cain y Seeman en Villagómez (2011), refieren que las terapias Gestalt y otras experienciales han sido efectivas para el tratamiento de sintomatología depresiva, en aumentar el bienestar y mantener dichos cambios. Carriles (2017) realizó un estudio de caso único de psicoterapia

Gestalt para una persona de 42 años con diagnóstico depresivo mayor, en el estado de Puebla, México. Para el tratamiento se integraron técnicas cognitivo-conductuales de autoregistro, técnicas gestálticas supresivas, expresivas, integrativas y trabajo de polaridades. El proceso terapéutico tuvo una duración de 15 sesiones teniendo como resultado cambios favorables en la sintomatología depresiva.

También desde la psicoterapia Gestalt se ha trabajado la depresión a nivel grupal, Cook (1999) realizó un estudio con un tamaño de muestra desconocido de mujeres adolescentes con síntomas depresivos auto reportados a través de una intervención grupal con seguimiento de 5 semanas. No se evidenciaron las técnicas utilizadas ni la construcción de las sesiones. En los resultados se evidenció que hubo diferencias significativas favorables después de la intervención con relación a los síntomas depresivos. En el seguimiento no se encontraron diferencias significativas. Rosner, Beutler & Daldrup, (2000) hicieron un estudio acerca de la efectividad terapéutica de una terapia grupal de modelo cognitivo y otra psicoterapia enfocada en la expresión una forma de terapia Gestalt manualizada, trabajaron con 17 participantes en el grupo de psicoterapia cognitiva y con 21 en el de psicoterapia Gestalt. En la terapia Gestalt manualizada se usaron técnicas como diálogo de dos sillas, fantasía dirigida y ejercicios de darse cuenta apuntando a la magnificación y exageración de emociones suprimidas. No se encontraron diferencias significativas dado el tamaño de la muestra, sin embargo, según los resultados de las mediciones permitieron evidenciar la efectividad de los dos enfoques más no la comparación.

González-Rámirez, Carrillo Montoya, García-Vega, Hart, Zavala-Norzagaray & Ley-Quiónéz (2017) realizaron un estudio en la Universidad de Sinaloa en Culiacán, Sinaloa, México, con 30 sujetos de clase trabajadora con depresión moderada divididos en tres grupos,

se aplicó en un tratamiento con terapia hipnosis, uno con terapia gestalt-hipnosis y el otro fue grupo control. La terapia de hipnosis presentó diferencias notorias para el tratamiento de depresión en contraste con los otros grupos de terapia cognitivo-conductual y una combinación de gestalt con hipnosis. En cuanto a terapia Gestalt y depresión en Ciudad Juárez, se encuentra un estudio de caso desarrollado por Gamboa (2009), en el cual realiza una intervención psicoterapéutica Gestalt a una mujer de 48 años, casada, ama de casa, con síntomas depresivos representativos. En este se presentaron avances significativos en relación con el manejo emocional de la participante del estudio.

Por consiguiente, surge el siguiente cuestionamiento que orientó la intervención:  
*¿Cómo son los cambios en los síntomas depresivos de adultos jóvenes mediante un proceso de psicoterapia Gestalt humanista?*

### **Justificación del Estudio**

El impacto de la depresión en las áreas de ajuste en la vida de las personas se concentra en el área personal a nivel cognitivo, emocional, conductual, existencial y relacional, como consecuencia de presentar dificultades para solventar las situaciones estresantes de la vida del sujeto opta por formas de afrontar que no son del todo efectivas. La depresión se ha posicionado como una de las principales causas de discapacidad en la vida medida desde sus distintas dimensiones, causa un nivel de desajuste que como consecuencia le genera a los individuos que la padecen dificultad en el desarrollo de actividades, las formas de relacionarse en los diferentes contextos y finalmente un impacto global en las áreas de la persona. Dentro de los factores más relevantes que contribuyen al desarrollo de la depresión se destacan la baja cohesión familiar, dificultades en las relaciones sociales, carencias

relacionadas con el género, bajos ingresos, falta de ocupación, reconocimiento social y diversas situaciones que posicionan al individuo en vulnerabilidad a presentar síntomas depresivos. Todas las situaciones anteriores están en relación con la persona y es suficiente razón para decir que al intervenir en dichas dificultades terminará en la generación de mejor calidad de vida, resultados a nivel personal, familiar y colectivo.

Generalmente la depresión está relacionada con otras dificultades en el manejo emocional como angustia, ansiedad, rabia y esto puede causar en una baja de autoestima, formas inadecuadas de solucionar problemas y un repertorio limitado de estrategias de afrontamiento. Por lo tanto, se pretende usar el enfoque humanista dado que pretende que la persona fortalezca la habilidad de experimentar sus emociones promoviendo el autoconocimiento, autoestima, capacidad de elegir, su creatividad, valores y potencialidades (Mazadiego, 2005). De ese modo las personas al conocerse y aumentar la consciencia con relación a cómo eligen las formas de responder ante situaciones que generen síntomas depresivos, podrán ajustarse a sus necesidades de formas favorables.

El tratamiento de depresión en adultos jóvenes está basado en investigaciones que incluyen farmacoterapia, terapias somáticas, terapia combinada de varios tipos y la más estudiada es la combinación de farmacoterapia y psicoterapia mostrando resultados favorables. No obstante, se ha reconocido la eficacia insatisfactoria de distintos tratamientos en cuanto a la remisión total y la recuperación (Moras, 2006). Según las recomendaciones de la Guía, la farmacoterapia es considerada como tratamiento de primera línea, ha demostrado gran efectividad en trastorno depresivo mayor leve y moderado, si bien no hay tanta evidencia de cuál medicamento antidepressivo es más efectivo, si es importante considerar variables clínicas de la persona a la hora de escoger el tratamiento. Se debe tener en cuenta la respuesta

previa de un paciente al medicamento, características del cuadro depresivo, comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico o enfermedad médica, posibles efectos adversos, interacciones con otros medicamentos, costos, entre otros. Para esto también se hace importante la educación de las personas en el uso y tiempo de los medicamentos, dado que es lo que garantiza el resultado (Heinze y Camacho, 2010). Así mismo, existe actualmente bastante evidencia de eficacia de los tratamientos psicológicos para el tratamiento de la depresión, sin embargo, se hace evidente la constante investigación de los mecanismos utilizados para su refinamiento y potenciar su efecto (Moras, 2006).

Específicamente será el enfoque gestáltico el marco de referencia debido a que pretende centrarse en el momento existencial que vivencia la persona. Se basa en facilitar que la persona se percate de sí mismo y el entorno usando su capacidad de tomar consciencia (Castanedo, 2008). De ese modo pueda decidir cómo afrontar las situaciones representativas que no le permiten el desarrollo, potenciar aquellas que le causan bienestar al alcanzar la madurez para atender sus necesidades y adquirir herramientas para solventar futuras situaciones. Para lograr intervenir desde la psicoterapia gestáltica los síntomas de la depresión y que el individuo resuelva sus necesidades, éste tiene que lograr identificar aquello que necesita, gestionar sus recursos y manipular el ambiente para obtener el resultado (Perls, 1976). En la teoría de la Gestalt, la depresión podría constituir un aspecto de la neurosis, una división de la personalidad no satisfactoria del individuo, o no es totalmente consciente del conflicto entre dos polaridades lo suficientemente distantes y problemáticos de su personalidad para causar malestar (Tyson y Range, 2003). El objetivo es que en un futuro a la intervención el sujeto tenga recursos que haga que dispense del psicoterapeuta Gestalt, dado a través de la integración de la personalidad, identificación de sus estilos de

contacto y aquello que el sujeto requiera de forma individual para desarrollar la forma en que pueda responder a sus necesidades de forma creativa. Lo que posiciona al enfoque gestáltico como oportuno para el tratamiento en la disminución de síntomas depresivos. Por lo tanto, se propone la siguiente intervención como contribución a recabar evidencia, dado que, actualmente se está trabajando en aumentar la investigación en la efectividad de la aplicación de la terapia gestáltica ya que no hay información relevante al respecto (Hender, 2001).

Así como se presentó, la depresión se considera como una enfermedad que va en aumento a nivel mundial a una velocidad sin precedentes. Tiene la atención de los medios de comunicación, las dependencias encargadas de la salud y en las narrativas cotidianas, sin embargo, los recursos económicos, legales, humanos y de distinta índole destinados para atender de forma adecuada esta problemática son insuficientes. Se requieren intervenciones innovadoras que complementen los esfuerzos que actualmente se hacen desde otras áreas del conocimiento y enfoques teóricos de la psicología y la psicoterapia. En vistas de la relación que hay entre el uso de estrategias de afrontamiento funcionales para el fortalecimiento de las respuestas ante síntomas depresivos y las características de la terapia gestáltica, aquí se apuntará al desarrollo de las estrategias de afrontamiento para que el individuo de respuesta a sus necesidades de formas creativas para su salud en general. Se pretende aportar la integración del concepto de estrategias de afrontamiento que es de corte cognitivo-conductual con la teoría de la terapia gestáltica, específicamente con el darse cuenta - *awareness*-, ciclo de la experiencia y estilos de contacto.

Los beneficiarios de este proyecto son principalmente los participantes del estudio, así mismo, la institución a la que pertenecen, sus familias, relaciones interpersonales y de ese modo contribuyen a que se promuevan diferentes formas de responder ante síntomas

depresivos en los diferentes contextos a los que pertenecen. Se realizará este trabajo con estudiantes universitarios debido a la vulnerabilidad que se ha evidenciado a manifestar síntomas depresivos, y es aquí donde se hace relevante el uso de la terapia Gestalt como vehículo debido a los recursos personales que promueve para el aumento de la toma de consciencia, lo que permitirá que puedan responder de una forma más organizada a sus compromisos, atender los posibles factores estresantes que se presentan con frecuencia en esta etapa del desarrollo y en su quehacer académico.

Es de vital importancia velar por la salud y cuidar de todos los factores que pueden llegar a ser estresantes y convertirse en riesgosos para el desarrollo de síntomas depresivos y como consecuencia perturbar el desarrollo individual y colectivo. La protección de la salud y también de la salud mental es considerado como un derecho fundamental humano, está respaldado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley general de Salud; aparte la salud mental es un tema de interés general y tiene un carácter prioritario de la salud pública (Amparano, 2017). Lo anterior evidencia la importancia de aprovechar el espacio de las instituciones de educación superior con el fin de favorecer la salud mental de adultos jóvenes. Los motivos anteriormente presentados hacen pertinente la intervención psicoterapéutica con el propósito de proveer herramientas a los participantes para solventar síntomas depresivos usando estrategias efectivas y de ese modo impactar en su estado de salud global.

### **Objetivo General**

Analizar los cambios de los síntomas depresivos de adultos jóvenes mediante un proceso de psicoterapia Gestalt humanista.

### **Objetivos Específicos**

1. Identificar y comprender los síntomas depresivos iniciales en los participantes.
2. Diseñar e implementar un proceso de psicoterapia Gestalt humanista para la disminución de síntomas depresivos enfocado en el ciclo de la experiencia.
3. Describir y evaluar los cambios en los síntomas depresivos después del proceso de psicoterapia de los participantes.

A continuación, se exponen los fundamentos teóricos en los que se enmarca el trabajo de intervención. Encontrará información acerca de los síntomas depresivos, la corriente humanista y el enfoque psicoterapéutico que se utilizó.

### **Capítulo I. Soporte Teórico**

Los adultos jóvenes con sintomatología depresiva mantienen características en diferentes áreas de sus vidas que pueden resultar en el desarrollo de dificultades a tal nivel que reúnan los criterios para diagnosticar un trastorno mental. Los trastornos depresivos son distinguidos por frecuencia, duración y consecuencias de los síntomas que los caracterizan. Los síntomas depresivos se caracterizan por un estado de ánimo triste, disminución en la búsqueda de placer, se presentan alteraciones a nivel cognitivo, psicomotor, somático y afectivo. Dicho estado puede causar malestar representativo en las áreas de la vida de la persona.

### **Trastornos Depresivos**

<sup>1</sup> La OMS define la depresión como un trastorno mental que se presenta con alta frecuencia, su característica principal es la tristeza, disminución en el interés y placer obtenido por actividades, culpa excesiva o baja autoestima, alteraciones en el sueño y el apetito, fatiga y pérdida de atención (OMS, 2017). En contraste, una definición general de los trastornos depresivos desde el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5], elaborado por la American Psychiatric Association [APA] (2014) es que presenta un estado de ánimo triste, vacío o irritabilidad, con cambios a nivel del cuerpo y el pensamiento que tiene un impacto considerable en el modo de funcionar del individuo. Se diferencian principalmente por duración, intensidad y frecuencia, siendo estos rasgos generales que pueden ser expresados por el individuo o un tercero. Es importante mencionar que presentar un conjunto de síntomas no equivale a presentar un trastorno, para ser considerado un trastorno debe cumplir con ciertos criterios.

El DSM-5 presenta unas subdivisiones de los trastornos relacionados con depresión, dando lugar a: trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (Distimia), Trastorno Disfórico Premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado (APA, 2014).

Es importante aclarar términos para la comprensión como el signo que es una manifestación objetiva que procede de un solo sujeto, aquel que da cuenta de un cambio observable. Un síntoma es la manifestación subjetiva de un padecimiento que en ocasiones puede considerarse como una enfermedad, este puede provenir de dos sujetos, aquel que informa y el que confirma la presencia del síntoma (Ezama, Alonso y Fontañil, 2010). También se encuentra en la literatura el término de síndrome que se refiere tradicionalmente

al conjunto de síntomas y signos agrupados que conforman un estado patológico (Jablonski, 1995). Por último, el término de trastorno es un sinónimo de enfermedad con leves alteraciones del estado de salud a causa de una enfermedad o a cambios desadaptativos físicos o mentales cuyas etiologías no son claras (Hamui, 2019).

Los síntomas depresivos descritos en dicho manual se encuentran la presencia de tristeza, disminución en el interés por actividades placenteras, baja o subida de peso sin causa aparente, alteraciones en el sueño presentada en varios días, agitación o retraso psicomotor evidenciado por otras personas, fatiga o disminución de energía casi todos los días, sentimientos excesivos de inutilidad y culpabilidad, disminución de la concentración y toma de decisiones, y pensamientos relacionados con la muerte, ideación suicida y planes para hacerlo (APA, 2014). La tristeza es una emoción que compone sentimientos de distinta índole relacionados con la depresión, por ejemplo, la soledad, desconsuelo, pesimismo, desanimo y apatía por mencionar algunos. Una persona triste presenta modificaciones a nivel conductual, cognitivo, afectivo y fisiológico, y puede tener una función adaptativa o desadaptativa (Cuervo, Izzedin, 2007).

La disminución del interés por el placer era conocido antes del DSM-III como anhedonia que describe la queja de incapacidad de sentir placer al realizar actividades, sin embargo, puede existir interés sin placer; incapacidad de sentir el placer como sensación; capacidad de sentir sin ser consciente; podría existir ausencia de consciencia de todas las emociones; también aquellos que sienten pero tienen capacidad de expresar su placer; puede suceder también la incapacidad de expresar cualquier sentimiento; y por último, la falta de interés mencionada en los manuales que puede ser más relacionada con la apatía (Olivares, 1995).

La pérdida de peso no voluntaria se considera como un síntoma clínicamente relevante debido a que puede tener complicaciones para la salud de la persona, es relevante cuando se altera en un 5% el peso corporal en un periodo de 6 a 12 meses (Matía, 2011). Este autor presenta diferentes variables asociadas como la edad, discapacidad, tabaquismo, deterioro cognitivo, bajo índice de masa corporal, entre otros. Este síntoma es generalmente autoreportado y corroborado por otras personas. En cuanto a las alteraciones del sueño abarca distintas perturbaciones en duración y calidad, se define según como la experimentación del sueño de forma insatisfactoria o insuficiente. Estos tienen distintas clasificaciones según su causa como intrínseca, extrínseca, y trastornos relacionados a afecciones psiquiátricas, neurológicas o somáticas (Gaillard, 2004).

Con relación a la actividad psicomotriz se integran varios aspectos del ser humano como lo cognitivo, emocional, simbólico y sensoriomotor en la capacidad de ser y expresar en el contexto social. La alteración se podría observar en la falta de eficiencia en las acciones para adaptarse a la vida cotidiana (Menéndez y Brochier, 2011). La fatiga tiene influencias de factores psicológicos, fisiológicos, sociales y culturales, una definición puede ser la consciencia de la disminución de la capacidad para realizar actividad física o mental debido al desbalance de los recursos para ejecutar la tarea (Aaronson, Teel, Cassmeyer, Neuberger, Pallikkathayil, Pierce, Press, Williams & Wingate, 1999).

Las ideas de minusvalía se tratan de creer que tiene menos habilidades o capacidades que otras personas o que no se tienen. Y las de culpa están relacionadas con hacerse responsable de las situaciones de otros, también puede suceder con las propias responsabilidades denotadas por reproches de haber actuado de una manera en particular (Strandmark, 2004).

La habilidad de atender es un proceso psicológico básico que permite el procesamiento de la información y la realización de actividades, se hace uso de los sentidos y los sistemas de procesamiento de estímulos. Es considerado un síntoma cuando no se puede ejercer esa función de una forma adaptativa, no se atienden las necesidades y también se dificulta la toma de decisiones (Londoño, 2009). Los pensamientos de muerte se distinguen de niveles, va desde un deseo de no despertarse en la mañana, creencias de que los otros estarían mejor si no se estuviera vivo, hasta tener pensamientos recurrentes o transitorios de cometer acto suicida o tener un plan ejecutorio (APA, 2014). También es relevante mencionar la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud [CIE-11], publicada por la OMS en donde describe a los trastornos depresivos caracterizados por un estado de ánimo depresivo, disminución de placer, acompañado de síntomas cognitivos, conductuales y neurovegetativos, que tiene un impacto relevante en la capacidad del individuo para funcionar (OMS, 2019b).

Se considera comorbilidad también con otros trastornos mentales, así como señalan Aragonés, Lluís y Labad, (2009), de una muestra de 104 pacientes seleccionada rigurosamente con diagnóstico depresivo mayor, el 45,7% presentó en adición otro trastorno mental, el 19,9% dos trastornos y el 8,3% con tres más. En cuanto al trastorno de ansiedad generalizada fue representativo junto con el trastorno de pánico. Soportando los datos anteriores, en otro estudio realizado por Reyes y Pulido (2011), valoraron a 309 pacientes en depresión, ansiedad e ideación suicida y encontraron que la correlación de depresión y ansiedad es la más alta, seguido por depresión y suicidio. Es importante tener en cuenta que la comorbilidad tiene impacto en el manejo y el pronóstico de los pacientes, así como en el nivel de discapacidad que puede llegar a generar la combinación de diagnósticos. Los

diagnósticos de enfermedades mentales se hacen basados en un manual, sin embargo, a través de los años se ha tratado de indagar en la relación que hay entre los factores externos y los síntomas, esto debido a que en el pasado se han diagnosticado personas con síntomas derivados de situaciones naturales en la vida y esto ha causado un deterioro en su salud general debido a la certeza del cuadro clínico (Hari, 2018).

### **Depresión en Adultos Jóvenes**

La depresión es más común en mujeres que en hombres, esto tiene que ver con factores biológicos, el ciclo vital, hormonal y psicosocial únicos en ellas que están relacionados con la tasa de depresión más alta. También están expuestas a la depresión post parto y esto las hace vulnerables a episodios posteriores de depresión. Adicional por los roles de género que se adjudican a las mujeres tienen algunas actividades más estresantes que las que podría tener un hombre (National Institute of Mental Health, 2007). Los hombres experimentan distinto la depresión y pueden tener diferencias en las formas de enfrentamiento, presentan más síntomas de fatiga, irritabilidad, pérdida de interés y alteraciones en el sueño, en comparación con las mujeres que presentan sentimientos de tristeza, minusvalía y culpa excesiva. También hay una tendencia de los hombres de volcarse al alcohol y al consumo de sustancias cuando están deprimidos, o se frustran, irritables y en algunas ocasiones abusivos.

En el caso de los niños y adolescentes persiste y se vuelve recurrente en la adultez, también la presencia de depresión en la infancia se convierte en un predictor para una severa afectación en edades posteriores. La depresión en un niño se presenta en formas de pretender estar enfermo, reusarse a ir al colegio, inclinarse a uno de los padres y preocuparse que un

familiar puede morir. En edades intermedias puede tener problemas en la escuela, ser negativos, irritables y sentirse desatendido. La depresión en adolescentes viene con un cambio personal grande, es en donde se está formando la identidad distinta de los otros, organizando sus cuestiones relacionadas con el enfrentamiento por primera vez a decisiones de género, sexualidad y demás características de la identidad. La depresión en esta población ocurre frecuentemente asociada a síntomas de ansiedad, comportamiento disruptivo, alteraciones alimenticias o de consumo de sustancias y puede aumentar el riesgo de ideación y conducta suicida (National Institute of Mental Health, 2007).

En la población adolescente se presenta un cuadro depresivo en una proporción de 1 de cada 5, antes de los 18 años. Las tasas tienden a aumentar desde los 13 años, la incidencia en este grupo es comparable con la de los adultos y no se recibe atención oportuna a pesar de la identificación de síntomas. Teniendo en cuenta que el suicidio es la tercera causa de muerte de los adultos jóvenes, esto dado que es una etapa crítica del ciclo vital (Academia Nacional de Medicina, 2016). El cuadro depresivo de un adolescente se presenta con una comorbilidad en un 50 a 90% de frecuencia, los más comunes son trastornos de ansiedad, trastorno oposicionista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y particularmente en este sector de la población el abuso de sustancias. El curso de la depresión en este segmento tiende a estar mediada por factores personales, familiares y escolares, lo que hace indispensable valorar la relación de dichas áreas (Academia Nacional de Medicina, 2016).

Las alteraciones del estado de ánimo se presentan con frecuencia en adolescentes que no trabajan ni estudian, lo que indica que el rol ocupacional podría ser considerado como un rol protector y no tenerlo como un factor de riesgo (González-Forteza, et al., 2015). En contraste, Tadeo-Álvarez, Munguía-Ortíz, Benítez-lópez, Valles-Medina y Delgadillo-

Ramos, (2019) reportaron una prevalencia del 20.2 % con presencia de síntomas depresivos en estudiantes de medicina, cuya tasa es similar a la reportada a nivel mundial, sin embargo, también concluyen que esto evidencia la importancia de implementar estrategias preventivas para favorecer la salud mental de los estudiantes y también identificar los casos que requieran una intervención oportuna.

### **Factores Predisponentes de la Depresión**

La investigación muestra que los trastornos depresivos presentan una alteración a nivel cerebral y hay partes del cerebro que funcionan de forma anormal como aquellas que regulan el estado de ánimo, pensamiento, sueño, el apetito y el comportamiento. También se ve afectada la parte neuroquímica que son los químicos usados para la comunicación y aparecen fuera de balance, sin embargo, estas imágenes no revelan porque la depresión ocurre (National Institute of Mental Health, 2007).

Los determinantes sociales de la salud pueden variar dependiendo del lugar y las condiciones, se toma en cuenta la distribución de los ingresos, políticas públicas, y la inversión en los sectores educativos y de salud. Hay diferencias marcadas entre los distintos estratos sociales que afectan directamente las oportunidades de acceder a elementos que permitan solventar necesidades como refugio, comida, educación, entre otras de la población en general (González-Forteza, Hermosillo de la Torre, Vacio-Muro, Peralta y Wagner, 2015).

La cámara de diputados promovió una investigación social acerca de la salud mental y dentro de los factores ambientales se encuentran dificultades relacionadas como la pobreza y sus efectos como la mala nutrición, falta de acceso a servicios básicos, a la educación y a la salud (Sandoval y Richard, 2005). También mencionaron la falta de trabajo como factor

que duplica el riesgo de presentar depresión; el bajo nivel de educación dificulta el acceso a trabajos profesionales y que compromete la vulnerabilidad e inseguridad y termina en enfermedad; también se presentan dificultades de violencia y trauma; las mujeres que trabajan presentan una doble carga e invierten los roles en el hogar y debilitan la fortaleza de los hogares y el cuidado como la educación de los niños y adolescentes; las características de la población rural que no son favorables para responder ante situaciones estresantes; las personas habitantes de calle, con discapacidad, farmacodependientes, madres adolescentes, adultos en plenitud, población indígena, población migrante, inimputables por salud mental son otros factores ambientales que impactan la salud mental de la población.

### ***Propuestas de Modelos Psicoterapéuticos***

El modelo conductual propone que el estado bajo de ánimo de la depresión se observa cuando las conductas que emite el individuo y considera como importantes no traen consecuencias gratificantes, lo anterior independiente de si son reales o percibidas por el sujeto (Fester y Skinner, (1957); Goldfried y Davison en Castanedo (2008). Lewinsohn y colaboradores (Lewinsohn & Gotlib, 1995; Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger, 1985) han desarrollado tres formas de tratar la depresión como el programa de actividades satisfactorios, fortalecimiento de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento de la depresión a través de 12 sesiones altamente estructuradas y dos más de apoyo de seguimiento. También se encuentra la terapia de autocontrol de Rehm, de solución de problemas de Nezu y la terapia conductual de pareja propuesta por varios autores (Pérez y García, 2001).

En la terapia cognitiva se destaca el aporte de Aaron Beck al tratamiento de la depresión Beck en Pérez y García (2001), fue diseñada inicialmente para el trabajo con

depresión, sin embargo, en el desarrollo se aplicó a otros trastornos. Consta de 15 a 25 sesiones incluyendo las adicionales, tiene 12 básicas, es de enfoque psicoeducativo diseñado para modificación cognitivo-conductual. La conducta depresiva puede ser el resultado de una combinación de eventos, hechos y situaciones (Goldfried y Davison, 1976; Opazo *et al* en Castanedo 2008):

1. Situaciones en las que la persona no recibe refuerzo debido principalmente a una dificultad para desarrollar algunas habilidades específicas, particularmente de tipo social, que derivan en baja gratificación para los esfuerzos de la persona.
2. En otros casos al mantenerse la conducta inhibida las gratificaciones son disminuidas debido a la ansiedad o los sentimientos agresivos, más no por la incapacidad del sujeto de hacerlo de forma satisfactoria o funcional.
3. Ciertas formas de percibir de forma errónea acerca de las interacciones entre la conducta y el ambiente implican un significado de pérdida, fracaso o rechazo, derivan en reacción depresiva (Beck *et al*, en Castanedo 2008).

El modelo interpersonal propone que la psicopatología está relacionada con eventos en la primera infancia que influyen en el desarrollo del individuo, eventos adversos de la vida cotidiana pueden precipitar la aparición del estado de ánimo depresivo que lleva al individuo a presentar sintomatología. Se vincula la vulnerabilidad interpersonal con la depresión en el sentido de que, al presentar dificultades de apego, comunicación, cohesión, soporte social, exigencias, entre otras, son predisponentes a presentar el cuadro (Carrasco, 2017).

Desde la perspectiva humanista de Rogers en su propuesta teórica se presenta en los casos que a la persona se le dificulta identificar sus necesidades al igual de si se encuentra satisfaciéndolas, lo anterior entorpece el desarrollo propio y la salud. El estado de bienestar se mantiene siempre y cuando las condiciones también permanezcan, al momento en el que se trunca el desarrollo se aleja de la salud. De lo contrario, el resultado será la frustración, la agresión y al persistir dichas condiciones desfavorables terminará en violencia hacia sí mismo, que se manifiesta en sintomatología depresiva. Estos bloqueos son experimentados por la persona y se pueden evidenciar desde la terapia gestáltica partiendo del ciclo de la experiencia propuesto por Joseph Zinker. Según refiere Castanedo (2002), en el momento en el que el mismo individuo frustra el ciclo de la experiencia se convierte en un asunto que requiere ser completado -inconcluso-.

Hay un proceso también involucrado en la sintomatología y es la dificultad del sujeto para darse cuenta. Yontef (1997) refiere que el “darse cuenta” es lo que permite que el sujeto se desarrolle, en ocasiones dicha experiencia puede ser dolorosa dado que puede descubrir aspectos de sí mismo que han sido alienados.

### **Factores Explicativos de la Depresión**

Los síntomas depresivos característicos que son experimentados por las personas se agrupan en categorías cognitiva, afectiva, conductual y física. En consecuencia, al ser la depresión originada por varias causas serán los modelos explicativos quienes atiendan a dichos síntomas según su marco de referencia (Pérez y García, 2001). En un cuadro depresivo es importante destacar que no solo se trata de una pérdida, sino de las implicaciones en la vida que causa la pérdida, también puede estar acompañada de ansiedad, rabia y es dependiente del proceso de afrontamiento (Lazarus, 1991). Con frecuencia los adolescentes

que intentan suicidarse presentan depresión, o alguna de la sintomatología depresiva, baja autoestima, dificultades para relacionarse con otros y solucionar problemas de formas inadecuadas y un rango limitado de estrategias de afrontamiento (Turner, Kaplan, Zayas & Ross, 2002). En los resultados del estudio realizado por Tuner, Kaplan, Zayas & Ross (2002) sugieren que, si se enseñan estrategias de afrontamiento eficaces como solución de problemas, reestructuración cognitiva, regulación emocional y solicitar apoyo social, podría prevenir los intentos suicidas y hacer que los adolescentes se sientan más empoderados y resilientes.

Una posible explicación de la depresión según Vega, Villagrán, Nava y Soria (2013) se compone de dos factores, las estrategias de afrontamiento parte del repertorio del individuo para afrontar problemas y el nivel de estrés que experimente el individuo. Los autores realizaron un estudio con niños de primaria de entre 10 y 13 años, donde se destacó que, al experimentar más estrés, se usan más estrategias de afrontamiento, a mayor estrés mayor grado de depresión, por lo tanto, si el individuo usa más estrategias de afrontamiento tiende a más depresión. Principalmente el manejo inadecuado centrado en la emoción es la más relacionada con la depresión. Respecto a la relación directa de la depresión y las estrategias de afrontamiento se encuentran correlacionadas en el manejo inadecuado centrado en la emoción, que sugiere que el uso de estrategias inadecuadas como fantasía, evitación y autocrítica que sustentan la sintomatología depresiva. En otro estudio con grupos de adolescentes con síntomas depresivos se identificó que utilizan estrategias inadecuadas de afrontamiento como respuesta a situaciones estresantes (Gould, Velting, Kleinman, Lucas, Graham & Chung, 2004). También en un estudio con adultos que presentaron síntomas depresivos se evidenció que al hacer uso de estrategias de afrontamiento pasivas aumenta la

posibilidad de depresión (Sepúlveda-Vildósola, Romero-Guerra y Jaramillo-Villanueva, 2012).

Como se ha señalado, la generación de estrés y la evitación de afrontar esas situaciones están relacionadas con síntomas depresivos, el no atender los síntomas puede dilucidar la estrategia de la rumiación que es mayormente presentada por mujeres y se relaciona con síntomas depresivos más persistentes. Resaltan que al comprender el proceso de afrontamiento puede facilitar la intervención, identificación de apoyo social y promover un sentido de maestría en individuos depresivos que se experimentan como vulnerables frente a los obstáculos de la vida (Holahan, Moos, Holahan Brennan & Schutte, 2005). Por su parte, Dear, Slattery & Hillan (2001) trabajaron con tres grupos que calificaron el comportamiento de prisioneros que se autolesionaron. Los resultados más destacados son que las estrategias de afrontamiento fueron denotadas como contribuyentes en vez de la catarsis como respuesta a factores estresantes. Sin embargo, no se logró determinar si los prisioneros que se autolesionan usan frecuentemente estrategias inadecuadas o simplemente fue en una ocasión particular.

Se destaca en un estudio realizado por Turner, Kaplan, Zayas & Ross (2002) con la importancia de responder de formas efectivas frente a síntomas depresivos; los investigadores obtuvieron como resultado que las estrategias de afrontamiento usadas por mujeres jóvenes que han cometido intentos suicidas fueron la huida y el pensamiento fantasioso. Se tuvo en consideración que las estrategias de afrontamiento positivas fueron la distracción, reestructuración cognitiva, solución de problemas, regulación emocional, expresión emocional, soporte social y resignación entendida como aceptación. Y las estrategias negativas fueron aislamiento social, autocrítica, pensamiento fantasioso y culpar

a otros. También Gould et al. (2004) identificaron que grupos de adolescentes con síntomas depresivos, consumo de sustancias e ideación suicida, utilizan estrategias inadecuadas de afrontamiento como respuesta.

Morales y Trianes (2010) estudiaron niños de 9 a 12 años y destacaron que en eventos de la vida como los familiares, escolares, relación entre iguales y salud hay un mayor grado de ajuste cuando se usan estrategias enfocadas en el problema, al contrario el uso de estrategias evitativas se asoció con un bajo nivel de ajuste y comportamientos disfuncionales. De igual modo Vega, Villagrán, Nava y Soria (2013) realizaron un estudio con población infantil de primaria y reportan que hubo altos niveles de depresión y estrés, y en cuanto a las estrategias de afrontamiento con relación a la depresión se encontró un manejo inadecuado centrado en la emoción, lo que reafirma que a mayor depresión se usan estrategias desfavorables.

Asimismo, Sepúlveda-Vildósola, Romero-Guerra y Jaramillo-Villanueva (2012) analizaron la relación de síntomas depresivos en adultos con las estrategias de afrontamiento, encontraron que aproximadamente un tercio de los participantes presentan síntomas depresivos y ansiosos; las estrategias de afrontamiento usadas fueron de tipo pasivas como retraimiento, evitación, negación, aceptación pasiva, entre otras, se asocian con depresión y ansiedad. Así mismo, en un estudio realizado por Hoyos, Lemos y Torres (2012), señalaron que la baja cohesión familiar y las dificultades en la relación con la figura paterna son factores relacionados con la depresión, al igual que las dificultades sociales, antecedentes de ansiedad, factores académicos y relaciones en dichos ambientes.

La interacción entre factores biopsicosociales tiene un papel representativo en la aparición y desarrollo de síntomas depresivos. Cuando se presentan otras enfermedades físicas, cardiovasculares o crónicas pueden favorecer la aparición de síntomas. Las situaciones sociales estresantes como el desempleo, vivir en medios no favorables con condiciones ambientales no adecuadas puede contribuir al desarrollo de depresión (Morales, 2017). Las variables psicosociales más relevantes relacionadas con la depresión en población mexicana se encuentran: ser mujer y si es cabeza de familia tiene mayor probabilidad; persona que cuide de un enfermo; tener un nivel bajo de ingresos y reconocimiento social; desempleo en hombres; asilamiento social; dificultades legales; experiencias de violencia; consumo de sustancias y migración (Berenzon, et al., 2013).

Adicionalmente, en el estudio realizado por Wagner, et al. (2012) encontraron que el estado civil es un factor que se asocia a los trastornos depresivos, refieren que las personas solteras o que ya no se encontraban en una relación tendían a presentar síntomas depresivos, y mencionaron que las personas de bajos recursos económicos en México se encuentran en mayor riesgo. Más allá de querer encontrar la causa y sus manifestaciones, es importante considerar que es una situación para atender de salud pública que tiene impactos a nivel individual y social, la cual requiere una mejor y mayor atención (Benjet, et al., 2004).

La depresión ha sido explicada desde distintos enfoques en psicología, desde la perspectiva psicoanalítica se ha formulado que los síntomas depresivos se encuentran vinculados a experiencias traumáticas del pasado, específicamente en la infancia (Carrasco, 2017). Se asume desde esta postura que hay experiencias que el sujeto califica como adversas en su historia personal que generan dificultades o carencias psíquicas que predisponen a una persona a encontrarse con una experiencia nueva de pérdida o estrés (Fonagy, 1999).

Se propone también desde el modelo conductual que el estado bajo de ánimo de la depresión se observa cuando las conductas que emite el individuo y considera como importantes, no traen consecuencias gratificantes, lo anterior independiente de si son reales o percibidas por el sujeto según Fester y Skinner en 1957 y los autores Goldfried y Davison en 1976 citados en Castanedo (2008). Desde este marco de referencia la conducta depresiva se podría presentar por el resultado de una combinación de eventos, hechos y situaciones. Se explica desde la falta de refuerzo que impide el desarrollo de habilidades específicas con características de tipo social, que como resultado se ve disminuida la gratificación del individuo. En otros casos se presentó que, al mantenerse la conducta inhibida las gratificaciones son disminuidas debido a la ansiedad o los sentimientos agresivos, más no por la incapacidad del sujeto de hacerlo de forma satisfactoria o funcional (p.68).

El modelo cognitivo según Beck, Rush, Shaw & Emery (1979) propone tres postulados para dar explicación a la depresión, el primero está relacionado con la triada cognitiva que se refiere a patrones cognitivos desfavorables relacionados a sus experiencias, a su perspectiva del futuro y a sí mismo; El segundo consiste en la predisposición del sujeto a darle una interpretación negativa sus experiencias actuales; por último, la visión negativa del futuro. Desde la terapia transaccional se identifica que el guion de depresión se origina en la exposición del sujeto a una carencia de caricias positivas y de afecto en cualquiera de las etapas del ciclo vital, por lo cual las personas que siguen este guion manifiestan una necesidad particular de contacto, afecto y reconocimiento, y esas dificultades pueden causar diferentes grados de depresión (Castanedo, 2008).

Por otra parte, desde el modelo familiar sistémico se considera que los individuos con depresión generalmente refieren que tienen problemas representativos relacionados con su

funcionamiento familiar de distintas maneras (Keitner, Archambault, Ryan, & Miller, 2003). Se relaciona las características del sistema familiar con la aparición de síntomas depresivos y su mantenimiento. El objetivo de la terapia desde este modelo es trabajar con los pacientes y sus familiares para reformular las formas destructivas de comunicación y en el proceso reducir los síntomas depresivos (Henken, Huibers, Churchill, Restifo, & Roelofs, 2007).

Desde la terapia estratégica, Michael Yapko propone que la depresión es el conjunto de la respuesta fisiológica, estilo cognitivo, pauta relacional del sujeto, las respuestas a situaciones estresantes y los hábitos, de ahí se conforma en un estilo de vida que impacta las dimensiones de la experiencia de una persona con síntomas depresivos (Yapko, 1992). Dentro del enfoque humanista de la psicología Rogers en su propuesta señala que si a la persona se le dificulta identificar sus necesidades al igual de si se encuentra satisfaciéndolas, lo anterior entorpece el desarrollo propio y la salud. El estado de bienestar se mantiene siempre y cuando las condiciones también permanezcan, al momento en el que se trunca el desarrollo se aleja de la salud. De lo contrario, el resultado será la frustración, la agresión y al persistir dichas condiciones desfavorables terminará en violencia hacia sí mismo, que se manifiesta en sintomatología depresiva (Castanedo, 2008).

La psicoterapia Gestalt que deriva del humanismo también brinda una explicación de la depresión considerando el estilo de contacto llamado retroflexión. Para Naranjo (2006), cuando una agresión es retroflectada, al ser frustrada su expresión puede dar cabida a síntomas depresivos. Al mantenerse pendiente la satisfacción de dicha necesidad el sujeto puede llegar a retornar esa agresión a sí mismo, el problema no es la retroflexión per se, sino el malestar radica en usar ese estilo para contactar con el ambiente de forma disfuncional e inconsciente. La retroflexión es un estilo de contacto que interfiere en la conclusión de una

Gestalt de expresión de emoción, el individuo opta por dirigir la conducta a sí mismo en vez de exteriorizarlo (Perls, 1976). En el momento en el que el mismo individuo frustra el ciclo de la experiencia se convierte en un asunto que requiere ser completado -inconcluso- (Castanedo, 2002). Hay un proceso también involucrado en la sintomatología y es la dificultad del sujeto para darse cuenta. Yontef (1997) refiere que el “darse cuenta” es lo que permite que el sujeto se desarrolle, en ocasiones dicha experiencia puede ser dolorosa dado que puede descubrir aspectos de sí mismo que han sido alienados. También se propone desde Salama (2002) que la depresión ocurre cuando la persona tiene introyectos distónicos al yo de personas consideradas como significativas con quienes se posee un vínculo amoroso, entonces, al no cumplir con el ideal deseado tienden a disminuir su autoestima y padecen síntomas relacionados con el sueño. En el momento del sueño tiende a manejar las fantasías que no puede cumplir y corresponde al bloqueo de postergación.

Una vez realizada la contextualización de la depresión y varios aspectos relevantes para favorecer la comprensión de dicho fenómeno, a continuación, se desarrolla el marco de referencia psicológico y psicoterapéutico que se utiliza como fundamento teórico y metodológico en la de la intervención.

### **Psicología Humanista**

El contexto en el que se gesta la psicología humanista es en un periodo de postguerra en los años 60, después de varios eventos como la primera guerra mundial, el uso de armas nucleares de Hiroshima, La guerra fría, y más acontecimientos. Esto promovió una revolución cultural y una revisión de todo lo existente (Riveros, 2014). Es pretencioso asignar una fecha de la aparición de la psicología humanista, sin embargo, el primero en hablar del

término fue Hadley Cantril presentando un artículo en la *Review of General Semantics* en 1955, y posteriormente fue utilizado por Abraham Maslow (Villegas, 1986).

La psicología humanista tiene sus inicios en los sesenta en los Estados Unidos de América, un grupo de psicólogos y pensadores manifestaron el deseo de construir un enfoque que trascendiera el determinismo de los modelos más representativos de la época (Muñoz, 2008; Riveros, 2014). Ese mismo año se dio lugar al primer encuentro de la American Association for Humanistic Psychology (AAHP), sin embargo, dicha asociación ya se había consolidado para el verano de 1961, lo que significa que algunos autores lo han mencionado de forma errada (Villegas, 1986)

Es importante reconocer los inicios de esta corriente debido a los acontecimientos históricos relevantes que promueven la necesidad de un nuevo paradigma. La conocida como tercera fuerza en donde convergen varias teorías de psicología y psicoterapia se produce en una época turbulenta en la que nuevos valores comienzan a dilucidarse (Tobías y García, 2009). Según refieren los autores nace en respuesta a las limitaciones de los enfoques predecesores para la comprensión que trascienda la mente y el cuerpo, y se enfocara en el espíritu humano y otras características. El objetivo fue desarrollar un modelo que se ocupe de estudiar los fenómenos relacionados con las personas desde una postura sin fragmentaciones. También considerada como una nueva disciplina que se encargue de estudiar y profundizar en aquellos fenómenos distintos a los patológicos, estos que componen al ser humano como el amor, la libertad, la creatividad, entre otros, pero sobre todo la autenticidad y la posibilidad ser uno mismo (Riveros, 2014).

Todo este movimiento surge entre distintos cambios en Europa y Norteamérica, en esta brecha Abraham Maslow es fundador de la Asociación Americana de Psicología Humanista-existencial (Henaó, 2013). Todos aquellos que sentían que no encajaban en los modelos anteriores por razones de exclusión o debido a que no satisfacían sus visiones migraron para plantear posturas más integradoras y concebir al ser humano de dicha manera. Según Berelson y Steiner (1964) citado en Villegas (1986) quienes realizaron un estudio conformado por más de mil aportaciones en el campo de la psicología a nivel científico de aquella época, estos presentaban una visión “muy incompleta” del ser humano. Y es allí donde la psicología humanista pretendía dar respuesta a los métodos ortodoxos de la época.

La psicología humanística es una corriente teórica y a su vez un movimiento social que da prioridad a la experiencia humana, los propósitos, valores y significados de las personas, y a su vez es promotora de crecimiento personal y cambio (Castanedo y Mungia, 2011). Es importante denotar que este modelo toma la postura filosófica de Rousseau acerca de que la naturaleza humana es buena pero corruptible, en contraste con el concepto freudiano/hobesiano que percibe la naturaleza humana como mala y necesitada de corrección por parte de la sociedad (p. 149). Como acontecimientos importantes se destaca la consolidación como la división número 32 de la American Psychological Association APA. También la aparición del Journal of Humanistic Psychology en la primavera de 1961. Desde entonces se han celebrado congresos y encuentros internacionales (Villegas, 1986).

Algo fundamental que se destaca es que el movimiento nace como respuesta a los enfoques vigentes de psicología, sin embargo, como decía Maslow (1969) citado en Villegas (1986), “Soy freudiano, soy conductista, soy humanista”, la psicología humanista no es antagónica a las otras corrientes, sino más bien como una superestructura más amplia en

donde pueden converger todas las demás. En soporte James Bugental en Villegas (1986) señalaba que la psicología humanista se caracterizaba más por lo que es único, que por aquello a lo que se opone. Según Tageson en Castanedo y Munguía (2011), los temas más frecuentes en los distintos enfoques de la psicología humanística son el compromiso, entendido como la capacidad de toma de consciencia de los seres humanos, resolver haciendo uso de la libertad; la tendencia a actualizarse; la creencia en la capacidad de autorresolución; y el reconocimiento de la experiencia subjetiva de cada persona. Según Muñoz (2008), hace referencia a ideas principales de la llamada tercera fuerza como se menciona a continuación:

1. Se enfoca en la salud, aquello que está bien en el ser humano, tales como las capacidades y potenciales de la persona. No quiere decir que desconoce sus defectos y limitaciones.
2. Se mantiene abierto a la posibilidad de novedades, es decir, se da valor tanto a lo subjetivo como a lo objetivo. Se compromete a la comprensión más que a las ideas, métodos o técnicas.
3. Denota lo ineficiente que puede llegar a ser tratar de conocer el porqué de algo que le ocurre o vivencia la persona dado que todo hecho es multicausal. Saber por sí solo no alivia el dolor ni promueve el desarrollo, la mayoría de las veces
4. Se habla de una toma de consciencia de todo el organismo, no solo al insight de tipo racional.

La filosofía existencialista provoca una ruptura de la filosofía tradicional, el primero en desarrollarla es Kierkegaard. Seguido de Martin Heidegger que mantiene las ideas de Kierkegaard ampliando su teoría. Y al mismo tiempo Martin Buber y Karl Jaspers van por la misma línea y entre los tres generan lo que se considera como

filosofía existencial (Muñoz, 2008). Los principales filósofos reconocidos en este grupo son Edmund Husserl, Soeren Kierkegaard, Federico Nietzsche, Juan Paul Sartre, Bertrand Russel, Paul Tillich, Martin Buber, entre otros (p.2). Las ideas principales que más influyeron en la psicología humanista son las siguientes según (Muñoz, 2008):

1. El mundo tiene un orden natural que se da en la libertad. No es posible llegar al orden natural sin libertad.
2. El ser humano es libre y sus características esenciales son la elección y la decisión. Sartre afirmaba que el ser humano está condenado a elegir y a la libertad.
3. La relación Yo-Tú es la que facilita el crecimiento de los individuos y el desarrollo de la sociedad, ambas son realidades que juntas hacen una misma unidad dice Buber.
4. Los seres humanos usan la polaridad de seguridad-riesgo para promover el crecimiento.
5. La comunicación es el medio para contactar con el mundo y consigo mismo, es la herramienta que permite comprenderlo y comprendernos, tal como refiere Jaspers.
6. El ser humano es capaz de tener consciencia, capaz de darse cuenta de que se da cuenta, por esa razón puede trascenderse a sí mismo.
7. La tarea principal según Heidegger es convertirse lo que realmente es.

El ser humano es responsable de su existencia. Tiene la autoridad del propio ser humano y de su conciencia. “Estar en el mundo” es una característica existencial del ser humano y denota la relación innegable que tiene con el mundo. El método de conocimiento que utiliza el existencialismo es la fenomenología, que tiene orígenes en las ideas de Franz

Brentano, pero es Edmund Husserl considerado como creador de este pensamiento (Muñoz, 2008). La fenomenología pretende describir los fenómenos tal y como se presentan en el campo, sin prejuicios, ideas preconcebidas o críticas; es un reporte descriptivo de los significados, dado que al comprender facilita también la comprensión de lo que se es (p. 2). En psicoterapia el aspecto fenomenológico es la actitud que facilita el reconocimiento de la propia existencia, permite reconocer la realidad de sí mismo y observar el proceso de desarrollo (García, 2005). Así como señala (Wertheimer, 1945 citado en Yontef, 1997) una exploración fenomenológica desde la Gestalt respeta y hace uso de la percepción inmediata sin tener en cuenta los aprendizajes, practicando la curiosidad e ingenuidad. El existencialismo se basa en el método fenomenológico. Presenta cierto interés en la existencia de las personas, cómo se relacionan con otros, sus emociones y demás situaciones, vivenciados directamente (Yontef, 1997).

Si bien es necesario comprender el marco teórico principal del modelo a utilizar, también es importante profundizar en el desarrollo y aplicación de dichos conceptos en el campo psicoterapéutico, como se muestra a continuación.

### **Psicoterapia Humanista**

Los orígenes de las psicoterapias humanistas pueden ubicarse en diciembre 11 de 1940, en ese día Carl Rogers dio un discurso titulado "Newer Concepts in Psychotherapy". Él fue crítico de los métodos utilizados en aquella época y propuso un "Nuevo" enfoque que no fuera destinado a tratar problemas particulares, sino acompañar al individuo a desarrollarse y de ese modo pudiese adaptarse al problema presente (Cain & Seeman, 2002).

Es importante hacer hincapié en que el término psicólogo humanista se vincula a tres grupos de personas según Rosal (2017): (1) Colectivo de fundadores y primeros implicados en el movimiento: Charlotte Buthler, James bugental, Stephen Cohen, Sidney Jourard, Abraham Maslow, Rollo May, Clark Moustakas, Carl Rogers, S. Stanfelt Sargent y Frank T. Severin. (2) A aquellos que fueron creadores de nuevos modelos de psicoterapia que fueron acogidos por el movimiento:

- a) C. Rogers, creador de la Psicoterapia Centrada en la Persona
- b) E. Berne, creador del Análisis Transaccional
- c) F. Perls, creador de la psicoterapia de la Gestalt
- d) R. Assagioli, creador de la Psicósíntesis
- e) E. Gendlin, creador del Focusing
- f) A. Lowen, creador de la Bioenergética
- g) D. Boadella, creador de la Biosíntesis
- h) A. Mahrer, creador de la Psicoterapia Existencial

Todos aquellos que no se denominaban psicólogos o psicoterapeutas humanistas pero que les une el hecho de compartir ciertas concepciones del humanismo: Visión holista y sistémica de la persona humana, frente a una visión atomista; que reconoce la capacidad de libertad, frente a una visión mecanicista y determinista de la persona; y así como también la complejidad y unicidad de esta, frente a toda visión reduccionista de cualquier tipo.

Las psicoterapias humanistas comparten ciertas características transversales, así como refieren Cain & Seeman (2002), visión de la persona, valores, tendencia actualizante, énfasis en la relación, la fenomenología, la empatía, el self, la emoción, el sentido, el holismo,

el concepto de ansiedad y la relación entre libertad-elección y responsabilidad. Un enfoque desarrollado por Carl Rogers aproximadamente en 1940, este tenía distintas características, hizo un cambio mayor en el énfasis de la terapia enfocándose en la persona del cliente y no en el problema (Cain & Seeman, 2002). La relación terapéutica se entiende como una forma de relación interpersonal con características particulares, dichas características favorecen el desarrollo de la personalidad de cliente (Rogers, 1980a, citado en Méndez, 2014). Desde la perspectiva de Rogers era de gran importancia la “calidad del encuentro interpersonal con el cliente” para considerar la efectividad de una terapia (Rogers citado en Méndez, 2014).

La psicoterapia según Rogers es un encuentro entre dos partes, dos seres humanos, el factor más relevante que opera en la terapia es la disposición del terapeuta hacia el cliente, con relación a sus emociones, a su grado de autenticidad y coherencia interna (Castanedo, 2008). Lo que quiere decir que la teoría y métodos son meros vehículos para que el terapeuta ponga en juego sus actitudes, más no es en sí un afán por conducir la terapia de una forma racional sino a nivel relacional reconociendo que el sujeto no es un objeto. Es importante reconocer que desde este enfoque se proponen técnicas para la intervención, por ejemplo, se requiere establecer un encuadre sólido, luego algunas conocidas como parafrasear, reflejar, señalar, confrontar, uso del silencio, uso de metáforas, focusing o técnica de enfoque corporal, la silla caliente -Ps. Gestalt-, dramatización, dibujo (Moreno, 1998). Rogers (1972) citado en Castanedo (2008) señala ciertos aspectos a tener en cuenta que son fundamentales para lograr tener una actitud centrada en el cliente:

- Aceptación incondicional: También llamada consideración positiva incondicional, incluye atención genuina sin exigencias, es cuando el terapeuta se acerca al cliente de una manera amorosa y respetuosa.

- **Congruencia:** El cambio de la persona se propicia cuando el terapeuta es él mismo, cuando se relaciona de forma auténtica, sin máscaras y cuando expresa lo que realmente siente y piensa. Este término también puede usarse para indicar la sintonía en los niveles de lo que se siente, se piensa y se dice.
- **Comprensión empática:** Se refiere a lograr sentir o experimentar aquello que es privado para cliente como si fuera propio siempre teniendo presente la propia identidad, y posteriormente comunicar para favorecer al cliente.

Por otro lado, Viktor Frankl es quien describe la esencia de la logoterapia, ésta es basada en la creencia de que la meta fundamental de la persona es entender el significado de su existencia. Los postulados más relevantes son según dice Frankl en Cain & Seeman (2002), la logoterapia se enfoca en el futuro, en el sentido a ser alcanzado por la persona en el futuro. Otro es que un hombre no es libre de condiciones, sin embargo, siempre permanece libre a escoger las actitudes que tiene ante esas condiciones (Frankl en Cain & Seeman, 2002).

La logoterapia tiene diferentes campos de aplicación, en particular al hablar de psicoterapia en personas que atravesaron por situaciones dolorosas y difíciles, pacientes con enfermedades autoinmunes o terminales, quienes son orientados a reorientar el sentido de su vida con las condiciones inherentes a sus diagnósticos. También es aplicable al contexto laboral y la apropiación de esa metodología para resolver situaciones cotidianas (Riveros, 2014). Las técnicas de logoterapia pretenden que el usuario se distancie de su problema para que tenga una ampliación en la visión y de ese modo lograr expandir su abanico de posibilidades. A continuación, se listan algunas mencionadas por (Cano y Moro, 2010),

“Intención paradójica; desreflexión; técnica de apelación; entrevista; logo-ancla; currículo escolar; dialogo socrático; dinámicas de cambio y círculos de dialogo existencial” (p. 162).

Uno de los ancestros más prominentes de la corriente existencialista de psicología y psicoterapia fue Karl Jaspers, quien fue el mayor exponente del existencialismo alemán e influenciado por trabajos de Nietzsche y Kierkegaard. Él desarrolló y defendió la descripción fenomenológica y enfatizó en la importancia de un entendimiento interno y vivir dentro de las experiencias de los pacientes. Hizo distinción entre dos estados del ser, Dasein, que se refiere a lo ordinario de la vida cotidiana, y Existenz que se refiere a la riqueza de ser autentico, en donde incluye la experiencia de libertad, posibilidad infinita y soledad (Cain & Seeman, 2002).

El psiquiatra suizo, Ludwig Binswanger, es considerado como el fundador del análisis existencial, este influenciado por el concepto de Heidegger -Ser en el mundo- y por el concepto de la relación -Yo/Tú- de Martin Buber. Binswanger desarrolló una forma de psicoterapia llamada Daseinanalysis -Análisis de ser o existir-, cuyo propósito era analizar cómo la persona le da significado a su existencia (Cain & Seeman, 2002). Enfocado en la visión del mundo y la experiencia inmediata de sus clientes, Binswanger trabaja en habilitarlos para que capten el significado de su comportamiento, encuentren dirección y descubran una forma de vivir auténticamente en relación con el mundo, con los otros y consigo mismos (Cain & Seeman, 2002). Esa visión del mundo a la que se refiere las diferencia en Umwelt, entendido como el mundo natural, en el cual se incluye el mundo en el que habita y los estados del cuerpo; Mitwelt, los mundos interpersonales en el contacto diario con los otros; y Eigenwelt, el mundo personal, la relación consigo mismo, la perspectiva de sí mismo independiente del significado de la relación con lo externo.

Meddard Boss, hizo una integración entre psicoanálisis y existencialismo, muy influenciado por Heidegger identificó temas universales que la gente inevitablemente afronta en sus vidas. Él articuló la relación entre elección y culpa, apuntando a que elegir una cosa inevitablemente requiere el rechazo de otras posibilidades que resultarían en culpa. otro tema que evidenció fue la finitud de la vida y la consecuente responsabilidad de los individuos por hacer lo mejor de sus vidas (Cain & Seeman, 2002). La psicoterapia existencial tuvo sus inicios en los Estados Unidos de América gracias a Rollo May en 1958, lo hizo a través de un libro llamado *Existence: A New Dimension in Psychology and Psychiatry*, allí cuestiona si es posible ver al paciente como realmente es o se ve como una mera proyección de las propias teorías en el paciente. Los esfuerzos de May se dirigieron a incrementar la duda donde había certeza y restaurar la esperanza y la fe donde había cinismo (Cain & Seeman, 2002). Según Schneider en Cain & Seeman (2002), el enfoque de May se caracteriza por enfocarse en liberar al cliente de los límites naturales y autoimpuestos para vivir; énfasis en libertad y limitación en vez de comportamiento o conflictos de la infancia como contexto principal a dirigirse; que las técnicas encajen en la persona más que en el practicante; basado en el contacto experiencial, incluyendo la relación terapéutica; y por último la consciencia de la experiencia antes del insight, decisión y compromiso.

También, Eugene Gendlin contribuyó desarrollando el proceso experiencial focusing, cuya base es alentar al cliente a atender a sentir la forma del problema en el cuerpo basado en que este lleva una representación física del problema. El terapeuta acompaña a su cliente a encontrar el significado personal del problema, al encontrar la claridad cognitiva y afectiva el cuerpo del cliente manifiesta una respuesta confirmatoria de alivio (Cain & Seeman, 2002). Es una terapia en donde Leslie Greenberg, Robert Elliott, y sus colaboradores combinaron la

esencia de la terapia centrada en el cliente con elementos de la terapia Gestalt, existencialismo y los métodos propuestos de Gendlin (Cain & Seeman, 2002).

Se han destacado los principales enfoques adscritos a los postulados enmarcados dentro de la psicología humanista, humanista existencial, y existencial, entendiendo que hay diferencias entre cada uno de ellos. No obstante, para propósitos prácticos es importante escoger una ruta y un marco que permita trazar una intervención, en este caso se presenta la información relevante acerca del modelo Gestalt humanista.

### **Psicoterapia Gestalt**

La psicoterapia Gestalt por antecedentes científicos tendría nacimiento en 1912 con la psicología de la Gestalt desarrollada por Max Wertheimer, Wolfgang Kohler y Kurt Koffka. A cada uno se le reconoce como contribuyente de elementos que conforman la terapia Gestalt como la ley de la proximidad de Kohler, ley de la pregnancia propuesta por Koffka y las demás. Fritz Perls las retoma en terapia Gestalt y las adapto a la forma en que se perciben las emociones y a las sensaciones en el cuerpo (Castanedo, 2008). Fritz Perls junto con Laura Perls fundaron la terapia Gestalt, Perls recibió influencia de Sigmund Freud, Wilhelm Reich, Kurt Goldstein, Sigmund Friedlander, Karen Horney y Kurt Levin (p. 310). Quienes impulsaron el enfoque al comienzo fueron los Perls, Isadore From, Ralph Hefferline, Paul Weisz y Paul Goodman, estos pioneros dieron entrenamientos a través de institutos en Nueva York, Cleveland, San Diego, Los Angeles y San Francisco (p. 312). A partir de eso se han generado muchas publicaciones al respecto, se han creado varios centros de formación, estudios de educación superior, lo que ha permitido que se consolide a pesar de no contar con tanta evidencia como otros enfoques psicoterapéuticos. La terapia Gestalt retoma conceptos

de distintos saberes, por ejemplo, del existencialismo, la fenomenología y la filosofía Zen, todo enfocado en cómo experimenta el ser humano su existencia. También acoge algunos postulados de la Psicología de la Gestalt, el ser humano experimenta sus pensamientos, percepciones, necesidades y emociones como una Gestalt, es decir, que se abre y se completa, se forma y se destruye (Castanedo, 2008). En adición, Cain & Seeman (2002) señalan que, la teoría de campo de Lewin, las polaridades, la postura de Martin Buber de Yo-Tu, postulados de Paul Tillich, también influyeron en la construcción del enfoque por parte de Fritz Perls.

Esta terapia ha contribuido a la teoría y práctica de las psicoterapias humanistas, tiene características distintivas, como la alta importancia que le otorga al contacto consigo mismo, con otros y con el ambiente; la importancia del diálogo y la relación auténtica; teoría del campo, fenomenología y darse cuenta; foco terapéutico en el aquí y ahora; y usa experimentos y la creatividad para experimentar el aprendizaje terapéutico. Una Gestalt es la configuración o totalidad en la que se presenta la polaridad Figura-Fondo para cada individuo, así como dice Perls (1976), una Gestalt es la forma particular en la que el organismo organiza su experiencia y las partes que le constituyen. Lo que quiere decir que un fenómeno no puede ser analizado por partes sino en su totalidad. El fin de la psicoterapia es que la persona en su totalidad logre la integración de la polaridad mente-cuerpo, es decir, que piense con la mente y sienta con las emociones -cuerpo- (Castanedo, 2008).

Una Gestalt se abre al surgir una necesidad, esta se experimenta como una tensión interna de desequilibrio, al satisfacer dicha necesidad se suelta la tensión y se cierra la Gestalt. Según Perls (1976), las emociones son la energía que le permite al sujeto darse cuenta de sus

necesidades psicológicas, físicas entre otras, es en dicho momento cuando el sujeto usa sus recursos para orientarse a contactar con el ambiente para satisfacerlas.

Esto se logra basado en la premisa de la homeostasis, dado que dicho proceso rige la vida y comportamiento del ser humano. Es el proceso mediante el cual el organismo está constantemente enfocado en el mantenimiento del equilibrio físico, emocional, psicológico basado en sus necesidades (Perls, 1976). La escuela de Berlín de Psicología Gestalt tuvo influencia no solo en la psicología humanista sino en los postulados de la terapia Gestalt, representada por Max Wertheimer, Wolfgang Kohler, Kurt Koffka y Kurt Lewin (Muñoz, 2008). Los psicólogos gestálticos trabajan con el fenómeno perceptual y otros conceptos, en especial se retoma el de figura-fondo. Estos conceptos se encuentran en interacción reconfigurándose con el campo, nuevas figuras emergen mientras otras pasan al fondo constantemente a medida que se da el proceso de cambio (Cain & Seeman, 2002).

En los inicios se centró en estudiar la percepción, y más adelante en procesos más complejos como el aprendizaje, la importancia de la memoria, cómo se aplica al pensamiento y cómo se traduce en conducta (García, 2005). Para esta escuela la percepción es más que el conglomerado de datos sensoriales captados por el cerebro, es un proceso en donde se estructura la información que se adquiere del ambiente lo cual da lugar a una forma, llamada Gestalt (p. 21). Es lo anterior lo que se conoce como el proceso de figura y fondo que se profundiza a continuación.

El sujeto que percibe no es un ente pasivo cuando recibe información del ambiente, éste estructura sus propias percepciones y les impone un orden (Polster y Polster, 1973). La figura emerge del fondo a manera de un bajorrelieve, en cualquier momento eso que es figura

puede retroceder al fondo y ser reemplazado con algo distinto de ese fondo (p. 45). La figura es la parte que se encuentra más cerca de la conciencia del individuo, se recupera con mayor facilidad y se compone de un número mayor de formas; mientras que el fondo es amorfo y no es relacionable con una localización (García, 2005). El sujeto invierte su tiempo y esfuerzo en vivenciar su situación actual, no en los agentes externos que proveen el cambio, lo que quiere decir que el cambio no se trata de seguir instrucciones de un cambiador, sino que se da de forma natural al recibir el impulso del terapeuta a ser lo que es, contrario a lo que alguien más indica (Beisser, 1973).

La columna vertebral de la terapia gestáltica se centra en esta teoría, ésta propicia el contacto con lo que es, se hace énfasis en el trabajo del darse cuenta en lugar de una modificación de la conducta (Yontef, 1977). El darse cuenta aquí apunta a cómo el individuo entra en contacto con la experiencia inmediata que se encuentra en el campo organismo/ambiente. La teoría del campo apunta a una interdependencia del fenómeno y un constante cambio de los límites, dicho campo siempre se encuentra en movimiento debido a que el sujeto construye su mundo de forma subjetiva (Cain & Seeman, 2002). El sujeto, visto desde esta teoría se concibe como el organismo parte de un campo que contacta con el ambiente y sus límites. El campo es una unidad compuesta de partes se encuentran en relación e interacción constante, ninguna de sus partes queda exenta de la influencia de lo que acontece dentro del campo (Yontef, 1997). Dicho campo es definido por quien lo observa, por lo tanto, en la terapia Gestalt se hace necesaria la comprensión del marco de referencia del observador, esto se logra a través de la descripción del campo fenomenológico (p. 121).

Se le llama self a lo que se acepta como propio, aquello que se acepta que es el individuo y que experimenta como parte de sí mismo. Las experiencias que amenazan el

autoconcepto son alienadas -Algunos autores lo llaman “no yo”- (Muñoz, 2008). Según Muñoz (2008), es un proceso mediante del organismo en el que dirige sus recursos a busca mantener equilibrio y salud en medio de condiciones que no son estáticas. Si el organismo no resuelve el desequilibrio o no satisface sus necesidades tiende a la muerte.

Una capacidad fundamental que se considera en esta terapia es el darse cuenta, se refiere a una percepción o percatación con todo el organismo de aquello que está sucediendo aquí y ahora, no es una consciencia racional (Muñoz, 2008). Esto provoca que la experiencia sea asimilada de manera integral, no solo desde lo cognitivo. El darse cuenta y el diálogo son las dos principales herramientas de la terapia gestáltica. Es el proceso de estar de forma atenta, en contacto con todo lo que sucede en el campo ambiente/individuo, en donde se involucran todos los niveles desde lo sensoriomotor, hasta lo emocional y cognitivo (Yontef, 1997).

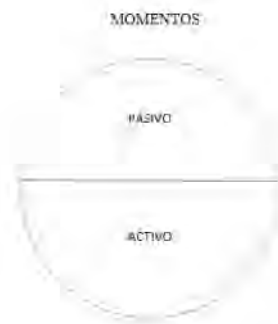
Las posibilidades que tiene el individuo de darse cuenta se reconocen en tres niveles siguiendo a Stevens (1976) primero el mundo exterior se refiere a todo lo que se encuentra fuera del cuerpo que es percibido a través de los sentidos; segundo el mundo interno es todo lo atribuible al sí mismo, todo lo que se encuentra de la piel hacía dentro; por último, la fantasía se refiere a la zona intermedia en donde se procesa toda la información (Perls, 2005).

El darse cuenta por sí mismo no genera resultados significativos porque todo el tiempo no se usa la capacidad de atender a los estímulos, sin embargo, "lo que conduce al cambio no es tanto el aumento del darse cuenta en general, sino el aumento en la habilidad de darse cuenta" (Yontef, 1997, p.84). Las funciones del organismo se dan en la interacción que tiene en el campo organismo/entorno, el sistema de ajustes a nivel corporal es lo que

estudia la fisiología y al considerar la interacción se incluye el aspecto psicológico que a través de sus funciones contribuye a la autorregulación orgánica (Perls, Hefferline y Goodman, 1951). Una explicación de lo anterior es la necesidad de respirar del organismo para permanecer respondiendo a la falta de oxígeno que requiere tomar del entorno, es decir, contactar para solventar dicha necesidad (P. 224). La autorregulación orgánica es aquella que es proporcionada por el mismo organismo, sin recibir mandatos externos, de otra manera estaría siendo "deberista" basada en la imposición, ésta ocurre en forma holística integrando todas las partes que componen al organismo -mente, cuerpo, pensamientos, etc.- (Yontef, 1997).

El primero en proponer el ciclo de la experiencia fue Perls (1975) en su libro "Yo, hambre y agresión" y lo llamó Ciclo de Interdependencia del organismo y del Medio Ambiente, propone que el organismo en su primera fase está en estado de reposo, posteriormente es perturbado por un factor externo o interno que requiere ser satisfecho, el organismo organiza los elementos para formar una imagen que clarifique la necesidad; seguido presenta una respuesta que va dirigida a la satisfacción y liberación de la tensión; Y por último queda el organismo en equilibrio y reposo nuevamente. El ciclo Gestalt de Salama [CGS] se compone de 8 fases en donde describe cómo se abre y se cierra una Gestalt pasando de la fase pasiva, un momento que se refiere a una parte de inactividad externa del individuo y un momento activo en donde se requieren movimientos y acciones por parte del individuo. Las primeras 4 corresponden a la parte pasiva y las restantes a la fase activa (Salama, 2012).

**Figura 2** *Momentos del ciclo Gestalt de Salama*



*Fuente: Elaboración propia basado en Salama (2002).*

Adicionalmente realiza una descripción de las zonas de consciencia divididas en cuatro cuadrantes. La zona interna que se refiere a todo aquello que se encuentra dentro del organismo en donde se incluyen reacciones físicas, sensaciones, emociones y todo lo relacionado con la propiocepción. La zona media o también llamada de fantasía que se refiere a los procesos cognitivos. La zona externa que se relaciona con el vínculo y contacto con el ambiente. Y el continuo de consciencia que se relaciona con la integración de las tres zonas anteriores y permite el flujo de la energía y el cierre de la Gestalt.

También presenta una división entre los cuadrantes que indica capacidades características, la zona interna la relaciona con la capacidad de sentir, la zona media con pensar, la zona externa con actuar y el continuo de consciencia con la capacidad de asimilar e integrar.

**Figura 3** *Zonas de consciencia y capacidades del ciclo Gestalt de Salama*



*Fuente: Elaboración propia basado en Salama (2002).*

A continuación, se realiza una descripción de las fases del ciclo de la experiencia y posteriormente sus respectivos bloqueos o formas de interrupción.

1. **Reposo.** Esta fase es donde se encuentra el punto de partida de la nueva experiencia, se le conoce como indiferenciación creativa y es allí donde se encuentra la posibilidad de que aparezca una nueva Gestalt en forma de necesidad.
2. **Sensación.** Se caracteriza por el surgimiento de una tensión, se distingue una necesidad aún no concientizada que requiere ser procesada para formar la figura.
3. **Formación de figura.** Se clarifica la figura después de haber procesado la sensación, lo hace desde el nivel del pensamiento haciendo distinción entre sus necesidades y el campo.
4. **Movilización de la energía.** En esta fase se energiza el organismo para llevar a cabo acciones que satisfagan la necesidad apremiante y se realiza un proceso de evaluación de opciones a nivel del pensamiento.

5. **Acción motriz.** Las cuatro etapas anteriores hacen parte del momento pasivo del ciclo, es en esta fase en donde inicia el momento activo, se movilizan los recursos hacia el objeto de satisfacción de la necesidad, aquí ya hay contacto con el ambiente externo.

6. **Precontacto.** Es aquí donde se delimita el objeto a contactar, se dirige la energía y se hace un contacto parcial.

7. **Contacto.** Ya se encuentra en el contacto completo con el objeto satisfactor y experimenta cierta unión, produciendo placer al satisfacer dicha necesidad.

8. **Postcontacto.** Se inicia la desenergetización que tiene como propósito llevar al organismo al reposo, la asimilación y alienación de la experiencia. De ese modo se genera nuevamente la indiferenciación creativa en caso de haber completado el ciclo de forma satisfactoria. Termina la acción, se cierra la Gestalt y vuelve al punto inicial.

Es importante denotar que cada autor propone su visión acerca de las formas para interrumpir el flujo de la energía en el ciclo y han sido llamadas a través de la historia con distintos nombres, mecanismos neuróticos, bloqueos gestálticos y estilos de contacto. Los bloqueos para Salama (2012) tienen lugar en el ciclo de la experiencia y los define como una acción del Pseudo-Yo que impide el fluir de la energía. Dicho autor reconoce un bloqueo para cada fase del ciclo representado de la siguiente manera. Si bien los bloqueos los ubica localizados en alguna fase del ciclo, puede ser que se presenten en alguna otra fase, es relativo según el caso. En la primera fase se presenta la postergación que se trata de cerrar el flujo

natural de las necesidades, por lo que mantener asuntos inconclusos no habilita a la persona para atender nuevas necesidades.

La desensibilización se caracteriza por negar la tensión que surge en el organismo en la fase de sensación, este bloqueo puede permear las siguientes fases y promover la interrupción del flujo en fases posteriores. El bloqueo de proyección se presenta en la fase de formación de figura, se refiere a atribuir algo que le pertenece al individuo en el exterior, en caso de no poder distinguir la necesidad no se pueden disponer los recursos que puedan llegar a satisfacerla.

La introyección se caracteriza por la carencia de la capacidad discriminadora de pensamientos, actitudes y creencias que han sido desarrolladas en el proceso de desarrollo del individuo y que obstaculizan la movilización de la energía. La retroflexión es una forma de impedir la fase de acción, por tanto, no se satisfacen necesidades debido a la confusión de objetos satisfactores, el sujeto tiende a hacerle a otros lo que le gustaría que le hicieran o hacerse a sí mismo lo que le gustaría hacerle a los demás.

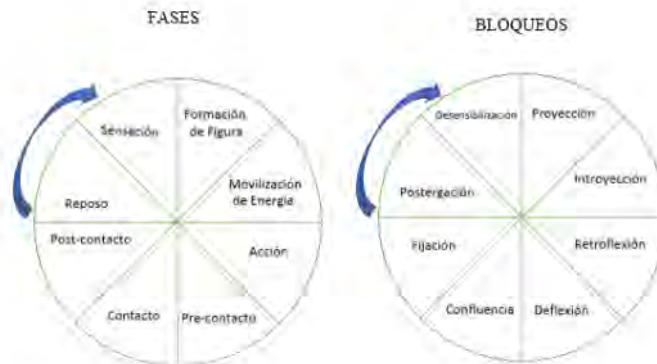
En la fase de precontacto se presenta el bloqueo de deflexión es la forma de evitar la satisfacción de una necesidad dirigiendo la energía a un objeto poco significativo. La confluencia se ubica en la fase de contacto y se presenta cuando el individuo no distingue límites entre lo interno y lo externo, al confundir sus límites tiende a satisfacer necesidades ajenas. Por último, en la fase de postcontacto se presenta un bloqueo llamado fijación que consiste en mantenerse en contacto por más tiempo del necesario con el satisfactor impidiendo el cierre y volver al estado de indiferenciación creativa.

1. Postergación-Reposo

2. Desensibilización-Sensación
3. Proyección-Formación de la figura
4. Introyección-Movimiento de la energía
5. Retroflexión/proflexión-Acción
6. Deflexión-Precontacto
7. Confluencia-Contacto
8. Fijación-Postcontacto

Reconocer el ciclo Gestalt de Salama y los bloqueos gestálticos característicos de cada fase es importante para poder diseñar la intervención y poder ajustar las herramientas y técnicas apropiadas para el beneficio de los participantes. A continuación, se enmarcan las principales técnicas psicoterapéuticas.

**Figura 4** Fases del ciclo Gestalt de Salama y sus respectivos bloqueos



*Fuente: Elaboración propia basado en Salama (2002).*

Es importante aclarar que Salama (2002) propone que cada bloqueo tiene una parte bio-positiva y bio-negativa, es decir, nutritiva o tóxica. A continuación, se enlistan:

**Tabla 1** *Características Bio-positivas y Bio-negativas de los bloqueos del Ciclo de la Experiencia*

<b>Bloqueo</b>	<b>Bio-Positivo</b>	<b>Bio-Negativa</b>
Postergación	Sabe posponer	Evita concluir
Desensibilización	Busca autoapoyo	Impide la sensación
Proyección	Estado de alerta	Confunde el Yo con el No Yo
Introyección	Sintónico con el Yo	Distónico con el Yo
Retroflexión	Capacidad de espera	Autoagresión
Deflexión	Conserva la relación	Evita la situación
Confluencia	Sirve para socializar	Confunde el Yo con los otros
Fijación	Recuerda para resolver	Recuerda para quejarse

*Fuente: Elaboración propia basado en Salama (2002).*

### **Técnicas de Psicoterapia Gestalt**

El experimento es fundamental para el aprendizaje por medio de la experiencia, se encarga de transformar el hablar acerca de algo en un hacer. Se trata de un estar plenamente involucrado en el aquí con toda la imaginación, energía e interés (Zinker, 1977). El experimento favorece a que la persona se dé el permiso de explorarse, si es satisfactorio será de ayuda para la persona en encontrar nuevas maneras de expresarse (p. 53). Los experimentos tienen metas terapéuticas para el cliente como refiere Zinker (1977) le permite expandir el repertorio de conductas; tomar la rienda de la terapia y de su vida; estimula el aprendizaje experiencial y la creación de nuevos conceptos; cerrar situaciones inconclusas; integral lo intelectual con lo motor; traer a la consciencia polaridades; apoya a integrar fuerzas personales en conflicto; facilitar la identificación de introyectos y reubicarlos en la

personalidad; y promover las circunstancias en la que la persona puede sentir y actuar con mayor vitalidad. La Terapia Gestáltica logra sus objetivos usando técnicas, juegos o algunas veces llamados experimentos, poniendo énfasis en las emociones y sensaciones del cuerpo. Se han utilizado innumerables de ellos que buscan abrir las gestalten que faciliten la autorregulación de las personas (Burga, 1981). Los grupos de encuentro valoran las necesidades específicas de los participantes, son involucrados a la vivencia. Independiente de la necesidad lo que se ofrece en estos grupos es la posibilidad de desarrollar la habilidad de darse cuenta a través de la aplicación del modelo (Castanedo, 2008).

En psicoterapia Gestalt se utilizan un gran número de técnicas, tienen componentes conductuales, cognitivos, verbales, y muchas otras características. Muchas de las técnicas no son exclusivas de la terapia Gestalt, se pretende un equilibrio entre técnica y actitud, aunque bien se resalta que no está orientada a la técnica (Naranjo, 2006). Naranjo propone técnicas que favorezcan la habilidad de darse cuenta de la persona, para eso destaca tres clases de técnicas como supresivas, expresivas e integrativas.

Las técnicas supresivas se orientan a que la persona deje de hacer algo que le impide vivenciar lo que realmente ocurre en el aquí y ahora, generalmente la comunicación verbal y no verbal están llenas de contenido pasado que entorpece la experiencia de la persona. Por ejemplo, el acercadéismo que es la forma en que la persona evita la experiencia tratando de dar explicaciones en vez de sumergirse en la experiencia. El debeísmo es otra forma de interrumpir vivenciar lo que es, la forma de hacerlo es bloqueando la experiencia basada en información de referencia como correcto o incorrecto, la persona se vuelve juez de su propia vivencia sin experimentarla. La manipulación es una forma de accionar que impide el flujo

de la vivencia. Entonces el papel del terapeuta es frustrar todos esos intentos de evitar la experiencia y favorecer la toma de consciencia de la persona.

Las técnicas expresivas son las que promueven la intensificación de los pensamientos, emociones, sentimientos y acciones. Todo esfuerzo que sea encaminado al aumento de consciencia de la persona favorecerá el desarrollo de nuevas acciones. Se encuentran propuestas como la de iniciar una acción que es una prescripción que puede llegar a causar la superación de la evitación de la experiencia a través de la expresión de palabras o acciones. Otras es completar la expresión que tiene también la característica de prescripción, va desde repeticiones simples hasta la solicitud de actuación que permita que la persona complete su expresión y aumente su capacidad de darse cuenta. Por último, el ser directo es otra forma de promover la toma de consciencia de lo que es realmente en vez de evitar comunicar de forma completa con accesorios que entorpecen la satisfacción de necesidades.

Las técnicas de integración son todas aquellas que permiten que la persona integre aspectos de sí misma a su personalidad. Aquí se refiere una técnica de encuentro intrapersonal que es una forma de que la persona interactúe con partes alienadas de sí misma, las variaciones más conocidas son la silla vacía o la silla caliente.

El capítulo subsecuente presenta la metodología utilizada en el programa de intervención. Se describen los postulados teóricos que soportan las decisiones tomadas en relación con la pregunta de investigación, el trato de los participantes, el desarrollo de la intervención, así como la sistematización y el análisis de la información.

## **Capítulo II. Metodología**

El presente proyecto se ha realizado sobre el marco de la metodología cualitativa que permitió recabar la información directamente de los participantes y la experiencia que tuvieron durante la intervención, se usaron recursos de tipo cuantitativo para contrastar los resultados y la efectividad de la intervención. Para la intervención se toman los aportes teóricos de la psicoterapia humanista Gestalt y la intervención psicoeducativa. La información obtenida se exploró, describió y organizó para un posterior análisis que dé cuenta de los objetivos planteados. Los elementos que hacen parte de la metodología adoptada se detallan a continuación.

### **Enfoque**

Se utilizó un enfoque cualitativo. Los investigadores cualitativos se dedican a estudiar las cosas en el contexto natural, intentando comprender al fenómeno a partir de las representaciones de las personas (Denzin y Lincoln, 1994). La investigación cualitativa pretende adentrarse en la vida de las personas, su forma de comportarse y experimentar las emociones y sentimientos, entre otros. Permite producir hallazgos o conocimiento a partir de información que no tiene que ver con procedimientos cuantitativos, como lo es la experiencia compleja de un fenómeno (Strauss y Corbin, 2002). Se trabajó desde el interpretativismo, este tiene cierta variedad de posturas, en este caso se adoptó el interaccionismo simbólico de Blumer -Inspirado en la obra de Mead-, que considera a los seres humanos como participantes, autores y protagonistas de un comportamiento autorreflexivo que les permite dar orden y sentido a su forma de actuar (Vallés, 1999). Además, la intervención tuvo un enfoque fenomenológico interpretativo lo cual permitió estudiar los significados de los

participantes en cuanto a cómo responden ante eventos de la vida y cómo se relacionan con las demás dimensiones que los componen como personas. El propósito fue comprender su modo de ser, actuar, percibir y responder a las necesidades de la vida. Es una actividad que incorpora al observador en el mundo, es decir, que el investigador forma parte de la observación. Por lo tanto, permitió que se observaran las estrategias de afrontamiento que utilizan los participantes y de ese modo ampliar la comprensión del modo en que dan manejo a síntomas depresivos.

### **Tipo de Estudio**

La intervención se basó en el modelo psicoterapéutico que consistió en favorecer el cambio a través de la aplicación teórica del enfoque humanista Gestalt en estudiantes universitarios. Ha sido un proceso psicoterapéutico con orientación en la fenomenología, corriente impulsada por Edmund Husserl, que pretende la descripción de la experiencia del sujeto rechazando cualquier postura meramente causal sin tratar de definir a los sujetos sino más bien a comprender sus representaciones de sí mismos. El método aplicado supuso detener los juicios a la hora de investigar al sujeto buscando la identificación del conjunto de intenciones relacionadas con su representación (Katayama, 2014).

Al ser un estudio cualitativo el interés se concentró en la comprensión y descripción del fenómeno y no solamente en medir la reducción de síntomas como se hace en la mayoría de los estudios acerca del cambio en psicoterapia (Russell, Shirk & Jungbluth, 2008; Weisz, Ng, Rutt, Lau & Masland, 2013). Según Cortés, Fernández, y Capella (2018) son pocos los estudios que se dedican a la exploración de los significados de las personas acerca de la psicoterapia y aún más reducidos los que pretenden integrar la perspectiva de varios participantes en una sola oportunidad para intentar comprender de forma holística el

fenómeno a estudiar. En el caso de la psicoterapia Gestalt, el objetivo de la terapia es ayudar al individuo a madurar y a crecer para alcanzar la integración (Perls, 1969). Lo anterior se refiere a que el individuo pueda vivir en contacto con su sociedad sin ser digerida por ella ni distanciarse completamente, la integración implica que los sentimientos, percepciones, pensamientos y los procesos del cuerpo hacen parte de un todo y están articulados entre sí.

Así mismo, dentro de una intervención psicoterapéutica generalmente se trabaja un segmento psicoeducativo, este modelo plantea una forma de atender a los sucesos estresantes de la vida y que requieren esfuerzos del individuo para responder de forma efectiva. El objetivo de esta forma de intervención es que el facilitador proporcione información específica, relevante y detallada acerca del fenómeno a trabajar, lo que supone, que dicha información sea recibida por el interlocutor y aplicada de forma efectiva en respuesta a sus necesidades (Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017).

El programa de intervención se llevó a cabo en modalidad individual a través de una plataforma virtual. Cabe destacar que McDonald, Fallahkair y Critchley (2020) resaltan que el acceso a procesos psicoterapéuticos en modalidad virtual es de gran importancia para aquellas poblaciones que no pueden acceder de manera presencial y cualquier preocupación que pudiera surgir sobre la implementación de la psicoterapia en esta modalidad, esta modalidad también facilitó mantener un contacto y apoyo casi inmediato lo cual contribuyó al desarrollo de los procesos.

### **Diseño de la Intervención**

Con un diseño fenomenológico se trata de un estudio de casos múltiples concentrado en la experiencia de los participantes con especial atención en las dimensiones de la persona,

esto con el propósito de comprender cómo responde a la intervención y da manejo a la sintomatología depresiva. Los casos fueron tratados de forma instrumental, se pretendió proveer conocimiento de una situación particular que puede representar otros casos; los casos y sus contextos son observados a profundidad, pero el propósito no fue la comprensión de los casos por sí mismos sino del fenómeno particular (Stake, 2005). Su uso se justifica según Yin (2009) en que los casos pueden aportar ampliación de los conocimientos disponibles, son casos particulares, representativos y permiten recoger datos de un fenómeno, es revelador de información quizá no conocida, y permite que el investigador estudie los cambios a través del tiempo.

Adicionalmente se trabajó bajo un diseño pretest-postest adoptado por las características de la problemática donde no es recomendada la aleatorización de los participantes en el grupo de tratamiento (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Posterior a la evaluación final se realizó un seguimiento a tres meses. Es pertinente el diseño debido permite evaluar la efectividad de la intervención, contribuye a la comprensión del fenómeno y también se soporta en que los sujetos no son escogidos de forma aleatoria (Sousa, Driessnack, y Costa, 2007).

## **Categoría**

### ***Síntomas Depresivos***

Son síntomas caracterizados principalmente por un estado de ánimo triste que causan un malestar representativo en las áreas de la vida de la persona. Se presentan con más síntomas como la pérdida de interés o placer en actividades cotidianas, alteraciones relevantes en su peso y apetito, alteraciones en sueño, alteraciones a nivel psicomotor,

disminución de la energía, sentimientos de inutilidad y culpabilidad inapropiada, disminución de la capacidad para concentrarse y tomar decisiones, y pensamientos de muerte, ideación suicida o plan para un acto suicida (Beck, Steer, y Garbin, 2006).

**Tabla 2** Operacionalización de indicadores de síntomas depresivos

Operacionalización de la variable	Dimensión	Inventario de depresión de Beck	Entrevista semiestructurada
Estado de ánimo deprimido	Afectiva	1, 2, 10, 17	1, 2, 3
Pérdida de interés o de placer	Cognitiva	4, 21	3, 4, 5
Alteraciones en peso y apetito	Somática	18	8, 9
Insomnio o hipersomnia	Somática, cognitiva	16	1, 5, 8
Agitación o retraso psicomotor	Somática, conductual	11	1, 8
Fatiga o pérdida de energía	Somática, conductual	20, 15	1, 3, 4, 11
Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa	Afectiva, cognitiva	3, 5, 6, 7, 8	2, 3
Disminución de concentración y toma de decisiones	Cognitiva	13, 19	1, 4, 9
Ideas recurrentes de muerte o suicidio	Cognitiva	9	5, 6, 7,

*Fuente: Elaboración propia.*

### Supuesto de intervención

Se espera que, al implementar un proceso psicoterapéutico Gestalt, se observen cambios favorables en la disminución al menos cinco de los nueve síntomas depresivos listados. También se espera que se utilicen estrategias de afrontamiento con mayor frecuencia que estén relacionadas con el enfoque en la emoción y en la solución del problema. Por último, se ajustarán los estilos de contacto en un nivel funcional o libre, es decir, que puedan utilizar de forma consciente y biopositiva los estilos de contacto para satisfacer sus necesidades.

Strauss y Corbin, (2002) refieren la posibilidad de combinar métodos cualitativos y cuantitativos con fines suplementarios o complementarios, en este caso la incorporación de algunos instrumentos de corte cuantitativo agregó información valiosa a los hallazgos finales. En ese sentido, la recolección de datos se hizo a través de técnicas, instrumentos y estrategias

que permitieron obtener información de tipo cuantitativa y cualitativa para medir la presencia de la variable en los participantes, al igual que las estrategias de afrontamiento y estilos de contacto predominantes. A continuación, se presentan las características de estos elementos.

### **Técnicas, Instrumentos y Estrategias de Diagnóstico**

#### ***Inventario de Depresión de Beck BDI-II***

El inventario de depresión de Beck (Beck, Steer & Garbin, 1988), estandarizada en México por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, (1998), está compuesta por 21 ítems de respuesta tipo likert de 0 a 3 que pueden ser elegidos en términos de intensidad, que mide desde la ausencia de síntomas depresivos hasta la presencia de síntomas que den cuenta de una depresión severa. Los puntajes propuestos para calificar el grado de depresión son: Ausencia o depresión leve es menor a 10 puntos; depresión leve a moderada es de 10-18 puntos; moderada a severa es de 19-29; y depresión severa es de 30-63. La consistencia interna es de ( $\alpha=0.87$ ) y una validez de ( $r=0.70$ ) (Anexo 4).

#### ***Cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman***

El cuestionario de estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1988) mide 8 estilos de afrontamiento y son mencionados con su respectivo alfa de Cronbach, enfrentamiento confrontativo - reactivos 6, 7, 17, 28, 34, 46 - ( $\alpha= 0.70$ ); distanciamiento - 12, 13, 15, 19, 21, 32, 41, 44 - ( $\alpha= 0.61$ ); autocontrol - 10, 14, 35, 37, 43, 54, 57, 62, 63 - ( $\alpha= 0.70$ ); búsqueda de apoyo social - 8, 18, 31, 42, 45 - ( $\alpha= 0.76$ ); responsabilidad - 9, 25, 29, 51 - ( $\alpha= 0.66$ ); escape-evitación - 11, 16, 24, 33, 40, 47, 55, 58, 59 - ( $\alpha= 0.72$ ); trazo de un plan orientado al problema - 1, 2, 6, 27, 39, 48, 49, 52 - ( $\alpha= 0.68$ ); y reevaluación positiva -

20, 23, 30, 36, 38, 56, 60 - ( $\alpha = 0.79$ ). Fue validada en la Ciudad de México, tiene un alfa de Cronbach de .85. (Zavala et al., 2008). Consta de 67 ítems de respuesta tipo Likert de 0 a 3 relacionado con la frecuencia de uso de cada estrategia de afrontamiento, las respuestas no se miden por el valor sino por la frecuencia del estilo de acuerdo con una situación estresante (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, 1986) (Anexo 5).

### ***Test de Psicodiagnóstico Gestalt***

El Test de Psicodiagnóstico Gestalt [TPG] creado por Héctor Salama, consiste en 40 reactivos, se contestan con una de dos posibles respuestas (Si-Verdadero) y (No-Falso). Tiene 8 reactivos nulos y 32 reactivos que se refieren a los diferentes bloqueos que presenta la persona en el ciclo de la experiencia. Los bloqueos gestálticos que se evalúan son Postergación - reactivos 9, 16, 28, 37 -; desensibilización - 1, 18, 26, 36 -; proyección 8, 19, 29, 39 -; introyección - 2, 11, 21, 33 -; retroflexión - 4, 17, 27, 38 -; deflexión - 3, 12, 24, 34 -; confluencia - 6, 13, 22, 31 -; fijación - 7, 14, 23, 32 -. El TPG es un instrumento que se sometió a pruebas de exactitud con el índice Kappa para su validación. El test además cuenta con una sensibilidad de 78.7 %, especificidad 91 %, confiabilidad 93 % y exactitud 93 % (Salama, 2002), (Anexo 6).

También se utilizaron herramientas que permitieron obtener información de tipo cualitativa para lograr conocer el efecto de la intervención y contrastar con los resultados cuantitativos.

### ***Helpful Aspects of Therapy Form***

Se utilizó un cuestionario de preguntas abiertas adaptado del Helpful Aspects of therapy Form presentado por Llewelyn (1988), es de autorreporte aplicado al finalizar cada sesión, permite a los clientes escribir sus experiencias acerca de los eventos significativos y de apoyo durante la sesión terapéutica. Se utilizó como una forma práctica de solicitar información de la percepción de los clientes de los procesos claves de cambio. Proporciona información cualitativa desde los eventos significativos hasta formas descriptivas e interpretativas de los eventos para después ser analizadas. Este instrumento generalmente es completado entre 5 y 10 minutos, puede ser diligenciado al finalizar la sesión o máximo un día después para favorecer la evocación, fue usado para que los participantes puedan describir en sus palabras el evento que fue de mayor beneficio en la terapia y sus características. También se le dio la oportunidad a la persona para que manifestase si el momento más importante fue un obstáculo, mencionar en qué momento ocurrió el evento significativo y una calificación del nivel de beneficio del evento. Por último, describir en una palabra cómo se sintió al finalizar cada sesión (Anexo 7).

### ***Entrevista Semiestructurada***

La entrevista semiestructurada tiene un grado más alto de flexibilidad debido a que se inicia con preguntas prediseñadas que se van ajustando a los entrevistados. Funcionan de motivador para el entrevistado, permite la clarificación de términos, resolver ambigüedades y hacer de la entrevista algo menos formal (Días-Bravo, et, al. 2013). También presentan apertura en cuanto al cambio de la secuencia y forma de las preguntas, es necesaria la preparación previa para la interacción y el resultado (Kvale, 2011). Las preguntas se diseñaron para indagar acerca del estado de ánimo, síntomas, situaciones estresantes, antecedentes físicos y psiquiátricos, diagnósticos, área social, educativa, social, familiar y

profesional. Ello favoreció la comprensión asuntos relacionados con la vida cotidiana de los sujetos, descripciones de su forma de vivir y percepciones respecto a la interpretación del significado de aquellos fenómenos que sean relevantes dado el propósito del estudio. Para la entrevista realizada en este estudio se utilizó una guía que incluye los temas a cubrir sin preguntas específicas, no tuvo una secuencia estricta y dependió del juicio y tacto del investigador (Kvale, 2011). (Anexo 8).

### ***Bitácora***

La bitácora es un elemento valioso para la recolección de información relacionada con los procesos mentales por los cuales atravesaban los participantes al momento de finalizar la sesión terapéutica (García, 2010). La bitácora fue una herramienta cualitativa que permitió ampliar la comprensión del fenómeno en profundidad, se estudiaron los cambios en el tiempo a través del registro después de cada una de las sesiones acerca de sus pensamientos, emociones, conductas, dificultades, logros, aprendizajes y otros. Las razones que justificaron su uso fue que incrementa la validez de los datos recogidos; se ajusta para dar respuesta a preguntas que varían en el tiempo; es importante para el reporte de eventos en investigación; al recoger información en distintas situaciones proporciona indicadores con mayor fiabilidad y validez que las herramientas de una sola aplicación; por último, sirvió para contrastar con otros resultados obtenidos por otros medios (DeLongis, Hemphill y Lehman, 1992). (Anexo 9).

### **Consideraciones Éticas**

En el desarrollo de la siguiente intervención fue importante considerar el seguimiento de los códigos de ética y documentos nacionales e internacionales que reconocen los derechos

de los participantes en intervenciones de un profesional en psicología y en una investigación académica. Se tuvo en cuenta todas las formas que contribuyan a salvaguardar los derechos de los participantes, así como son estipulados en el artículo 6 de la ley de salud mental del estado de chihuahua decreto no. LXV/EXLEY/0756/2018 (Gobierno del Estado Libre y Soberano de Chihuahua, 2018). Aunque se trabajó en un contexto en donde no se considera el diagnóstico de trastornos mentales, se tuvo en cuenta que son seres humanos que presentan distintas dificultades que comprometen su salud mental y estuvo contemplado la respectiva derivación en caso de que se excedieran los propósitos de la intervención.

En las prácticas de investigación según el manual de Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta de la American Psychological Association (2010), se destacan los siguientes: a) Beneficencia y no maleficencia, que denota el esfuerzo que debe realizar el profesional por hacer el bien y evitar causar daño de forma directa o indirecta a la persona o personas involucradas; b) Fidelidad y responsabilidad, establecen relaciones con aquellas personas que trabajan y son conscientes de sus responsabilidades como profesionales y científicos parte de una sociedad; c) Integridad, en la práctica del psicólogo se promueve la exactitud, honestidad y veracidad de todas las actividades que se realicen; d) Justicia, en donde permiten que todas las personas accedan a los beneficios, el psicólogo hace una distinción de sus prejuicios, límites de su competencia y pericia para que no lo conduzcan a prácticas injustas; e) Respeto, se refiere al reconocimiento de los derechos y la dignidad de las personas. Se tuvieron en cuenta dichos postulados a la hora de realizar el trabajo desde el proceso de reclutamiento hasta los seguimientos y presentación de resultados.

Siguiendo al código de ética mexicano presentado por la Sociedad Mexicana de psicología (Sociedad mexicana de Psicología, 2009), se tienen en cuenta los derechos de las

personas, su dignidad y se favorece el cuidado responsable de aquellos que a voluntad propia decidan participar. Para lo anterior no existió ninguna presión en la participación o en la permanencia al igual que no se remuneró de ninguna manera dicha participación, por lo tanto, fue completamente voluntaria. También según refiere este código el profesional debe contar con los conocimientos necesarios y asesorarse con expertos en caso de que se requiera. En el proceso de diseño, diagnóstico, intervención y post intervención se contó con la asesoría de la comunidad de investigación académica de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, docentes de las clases de seminarios de investigación, un director de tesis, asesores externos y comité académico del posgrado.

La confidencialidad de los participantes se mantuvo en todo momento en cualquier escenario donde se pudieran ver vulnerados, adicional se les entregó un consentimiento informado -Anexo 1- con la justa explicación de cómo se iba a llevar a cabo el procesamiento de la información y la divulgación. Lo anterior siguiendo la norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, en donde se estipula que la información obtenida de los participantes que posibiliten la identificación del paciente no deberá ser divulgada ni dada a conocer (Secretaría de Salud, 2012). Durante la primera sesión se les informó acerca del tratamiento de la información, las grabaciones, los documentos de registro y los instrumentos fueron almacenados de forma digital en un archivo comprimido con contraseña única, la cual el investigador fue el único conocedor.

Se tomó en cuenta postulados de la declaración de Helsinki como que todas las personas que tengan que ver con la investigación resulten beneficiadas de alguna manera independientemente de si participan directamente en los participantes seleccionados. La intervención como la investigación tiene que promover el respeto a los seres humanos, sus

derechos individuales y su salud (Manzini, 2000). Para lo cual los resultados de las pruebas y las transcripciones dieron cuenta del beneficio obtenido por su parte en relación con las problemáticas que presentaban al inicio de la intervención.

En la presente intervención se veló porque estas consideraciones éticas se mantuvieran presentes desde el diseño del programa hasta el manejo de la información para la publicación académica. Se solicitó el consentimiento informado después de una exhaustiva explicación de la intervención y sus términos y condiciones, en la aplicación de los instrumentos se tuvo en cuenta la confidencialidad al igual que con todos los documentos e información digital que se obtenga como resultado del proceso. Todo lo anterior honrando las recomendaciones del Código de Nuremberg en donde se manifiesta explícitamente el reconocimiento de la libertad y la posibilidad de ejercer la voluntad de los participantes en investigaciones con seres humanos (Comisión Nacional de Bioética, 2019). En consecuencia, de trabajar situaciones sensibles de la vida de los participantes se procuró proporcionar todas las herramientas dentro de los alcances de los recursos físicos e intelectuales para propiciar el mayor provecho de la intervención y la investigación. Posterior a la aplicación se realizó un seguimiento que permitió identificar si alguno requirió una mayor atención y no fue necesario la realización de una canalización. En caso de haber requerido una canalización se pretendió realizar bajo los protocolos de la Coordinación de Orientación y Bienestar Estudiantil COBE-ICB, y el investigador estuvo dispuesto a realizar un seguimiento del cumplimiento de ésta. Se contó con los permisos institucionales correspondientes mediante un oficio de autorización de la institución (Anexo 1), además de cumplir con los requisitos del Comité de Ética y Bioética de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

## **Población**

La intervención se dirigió a adultos jóvenes con edades entre 18 y 25, estudiantes universitarios que presentaban sintomatología depresiva autorreportada, solteros, sin hijos, de distinto nivel socioeconómico. Luego de cumplir con todos los requisitos la Coordinación de Orientación y Bienestar Estudiantil estuvo dispuesta a realizar las derivaciones de los casos que cumplieron con los criterios para la investigación y brindó seguimiento a dichos casos.

Los criterios de inclusión para los participantes fueron que se confirmasen los síntomas depresivos con la aplicación de la Escala de Depresión de Beck, la aceptación libre y voluntaria de los términos y condiciones de la intervención, y firmaron el consentimiento informado (Anexo 2). Los criterios de exclusión fueron encontrarse en un proceso terapéutico actual de alguna índole, tener algún diagnóstico psiquiátrico, riesgo de conducta suicida, y que aquellos que no aceptaron el consentimiento informado, que en el caso de la muestra todos firmaron y aceptaron. A los participantes se les realizó una entrevista semiestructurada para validar si requerían derivación o deseaban participar de la intervención psicoterapéutica.

### **Selección de Participantes**

En la selección de los participantes el tipo de muestreo que se utilizó fue no probabilístico dado que no dependía de la probabilidad, sino de que cumplieran con las condiciones requeridas para participar de la intervención y los propósitos del investigador. Por lo tanto, la selección fue a conveniencia, esto se refiere a que se seleccionaron los casos accesibles y que de forma voluntaria desearon participar. Se fundamentó en la conveniente accesibilidad y proximidad de los participantes al investigador (Otzen y Manterola, 2017). Se seleccionaron 4 casos iniciales y dado las dificultades de contacto y compleción completa

de los seguimientos y test, se concluyó la intervención con 2 participantes (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### **Sistematización de la Información y Datos**

Como se ha señalado, el registro de la información se llevó a cabo a través de los instrumentos de medición cuantitativa y captación de información cualitativa. El uso de videograbaciones permitió recoger toda la información de las sesiones, el contenido ha sido transcrito textualmente teniendo en cuenta la precisión necesaria para dar respuesta a la pregunta de investigación (Strauss, 1987). Los datos obtenidos de las grabaciones, los instrumentos de medición y la bitácora permiten convertir la realidad en material documental, y de esta manera producir relatos desde el campo (Van Maanen, 1988).

El siguiente paso fue organizar la información de acuerdo con cada sesión, de este modo poder realizar un trabajo analítico desde lo particular a lo general. Posteriormente se procede a la fase de dar sentido a los datos, lo cual implica consolidar, reducir e interpretar lo que los participantes han dicho y los aportes del investigador (Saldaña, 2016). El análisis de datos se define como el proceso utilizado para dar respuesta a la pregunta de investigación, describir el proceso, aumentar la comprensión de cómo enfrentan los síntomas depresivos y los factores individuales involucrados.

Para lograr esto se hace necesario utilizar un método de codificación de la información, de ese modo lograr consolidar la materia prima de análisis basado en los objetivos de investigación. La codificación pretende asignar un tipo de denominación abreviada a varios aspectos de la información, con el fin de recuperar aquello que es relevante. Estas designaciones pueden ser números, letras, frases, colores o combinaciones

de estos (Merriam, 2009). Soportando lo anterior Saldaña (2016) define un código en investigación cualitativa como una palabra o frase corta que simboliza la esencia o atributo de una porción de los datos basados en el lenguaje.

Codificar por sí solo no significa análisis, es uno de los pasos cruciales del análisis (Basit, 2003). Este es un proceso dinámico que se inicia por transformar la información en códigos y subcódigos, del conjunto de códigos se forman categorías y subcategorías, y de allí se obtienen temas y conceptos que dan forma a las afirmaciones y las propuestas teóricas. La codificación tiene pasos en donde se comienza por un primer ciclo, después se realiza un mapeo de códigos, y posteriormente se realiza un segundo ciclo de codificación. Para esto se basó en la propuesta de Saldaña (2016), en donde propone varias formas de hacerlo. En el caso de esta investigación se han escogido según la pertinencia en relación con la pregunta de investigación los siguientes métodos de codificación del primer ciclo.

El primer método que se aplicó es la codificación por atributo, que corresponde a registrar información esencial sobre las características demográficas de los participantes o información descriptiva básica, este aspecto no solo tuvo que ver con el cuestionario sociodemográfico sino con la información obtenida durante las sesiones.

El segundo método es el de codificación de proceso, este hace uso de palabras escritas en gerundio que simbolizan acciones, estos códigos van a representar las actividades observables y formas de categorizar las acciones. Esto pretende dar cuenta de cómo se fue dando el proceso psicoterapéutico, las estrategias de afrontamiento y qué acciones por parte de los participantes pueden ser analizadas con respecto a la pregunta de investigación.

El tercer método es la codificación emocional, se refiere a etiquetar las emociones mencionadas o experimentadas por los participantes, aunque también pueden ser inferidas por el investigador.

Finalizando el primer ciclo se utilizó el método de codificación de valores, se aplica a la información cualitativa que refleja valores, actitudes, creencias y representaciones de la visión del mundo por parte de los participantes. Teniendo en cuenta que se engloba todo aquello que es valioso para los participantes y que trae una ganancia directa o indirecta.

El segundo paso que sigue después del primer ciclo es la transición que consiste en organizar esquemáticamente los códigos para obtener una estructura que facilite la vinculación y posteriormente realizar un diagrama de modelo en donde se formen las redes del proceso que lleve a la comprensión del fenómeno estudiado. Por último, se realiza un segundo ciclo de codificación en donde el propósito es reorganizar, consolidar la teoría y disminuir el número de códigos. Al igual que el primer ciclo es posible realizar una mezcla de métodos según la pertinencia de la investigación. En este caso se utilizó la codificación por patrones, la cual propone la creación de códigos explicativos o inferenciales, aquellos que identifiquen un tema emergente o una configuración que proporcione significados que permitan ser analizados, es una oportunidad para realizar agrupación de temas, conceptos y constructos.

Posterior al proceso de codificación es necesario continuar con la estrategia de análisis de esa codificación, en este caso se utilizó la propuesta de Erickson (1986) relacionada con el desarrollo de afirmaciones, dado que la investigación cualitativa no está orientada a proporcionar conclusiones sino a capturar información acerca de un fenómeno.

En la investigación cualitativa se requiere comprender la naturaleza temporal de la verdad que es dependiente del contexto, por lo tanto, es apropiado apuntar al apropiado análisis de la información después de ser codificada para generar evidencia de la pregunta de investigación (Nolen, & Talbert 2011).

Paralelamente, los datos obtenidos de las escalas estandarizadas se concentraron en una base de datos elaboradas con el paquete estadístico SPSS, se crearon las variables y se procesaron los datos que permiten valorar los cambios pretest y postest.

#### ***Método de Análisis de la Información: Análisis Clásico de Contenido***

El análisis de contenido se considera como una técnica que permite la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa de la comunicación en forma de contenido (Berelson, 1952). Se toma esta metodología como una de las más importantes para de manera rigurosa estudiar la naturaleza de los mensajes que se intercambian en los actos comunicativos (Krippendorff, 1980). Se podría decir que la aplicación de esta metodología le da un carácter científico al trabajo realizado y cumple con los propósitos de las investigaciones en ciencias sociales. Como fin último se pretendió a partir de la explotación de los datos informativos llegar a formular inferencias reproducibles que son aplicables en el contexto (Krippendorff, 1980). El lenguaje utilizado para expresarse por los participantes es contenedor de información acerca de sus estados psicológicos que serán utilizados para el análisis posterior y comprensión del fenómeno a estudiar (Sarabia, 1999).

Posterior a la codificación se procedió al análisis del contenido utilizando el método de análisis de contenido propuesto por Philipp Mayring (2000), consiste en un conjunto de técnicas para realizar el análisis sistemático de textos, la idea principal del análisis es

preservar las ventajas del análisis de contenido llevándolo a una comunicación científica y después desarrollar los pasos interpretativos del análisis. Para esto se utilizó la caracterización del contenido en distintos niveles, temas e ideas principales como contenido primario, se realizaron análisis del contexto y el contenido latente.

Los principales postulados de este método fueron utilizados de la siguiente manera:

El material se adecuó a un modelo de comunicación que permitió determinar las partes de la comunicación que fueron de utilidad para realizar inferencias, aspectos del comunicador, la producción de los textos, el fondo sociocultural hasta el propio texto o los efectos del mensaje.

Se utilizaron reglas de análisis, es decir, se siguieron reglas procedimentales para transformar el material en unidades de contenido analíticas.

Se crearon unas categorías centrales de análisis basadas en la interpretación de los textos siguiendo la pregunta de investigación, las cuales fueron fundamentadas y revisadas durante el proceso de análisis.

También se ha soportado en un proceso que diera validez y confiabilidad a los datos procesados, dicho proceso pretendió ser comprensivo de forma intersubjetiva, de este modo se realizaron comparaciones con otros estudios en el sentido de triangular y llevar a cabo chequeos de confiabilidad, se usó la asesoría del director de tesis para proveer revisión de los códigos seleccionados.

El procedimiento general se llevó a cabo de forma inductiva dado que se inició con una revisión del problema, posterior se hizo un diseño de objetivos, para el momento de

análisis se determinaron las definiciones de categorías que facilitarían el proceso inductivo. Se realizaron las categorías inductivas en vistas del material recogido, se reevaluaron las categorías viejas y se reformularon en el proceso. En el momento de llevar la mitad de la información se realizó un chequeo de confiabilidad de la vinculación de los datos obtenidos con la pregunta de investigación y los objetivos, y en la última mita se realizó un nuevo reconocimiento de la confiabilidad para posteriormente proceder a la interpretación de los resultados siguiendo los pasos para el análisis (Mayring, 2000). Como resultado se pudo transformar la información cualitativa en datos cuantitativos que sirven de referencia para determinar características de frecuencia y es allí donde se permiten ser analizados los datos.

**Características del análisis de contenido.** Es importante reconocer elementos a tener en cuenta para el uso de esta técnica, lo primero es que permita la utilización de información no estructurada ni cuantitativa, que es codificada a través de unidades de análisis que permiten el manejo por parte del investigador. Es una forma de tratar la información sin que sea dirigida por el investigador lo que permite estudiar el fenómeno sin desvirtuar su naturaleza, lo que la hace una técnica sensible al contexto. Por último, permite la utilización de un gran volumen de información en muestras grandes.

### **Proceso de Análisis de Contenido**

Hay diferentes formas y pasos de aplicar esta técnica, desde que Berelson y Lazarsfeld (1984) hicieron público el primer texto acerca de esto, se han propuesto diferentes formas, en este caso utilizamos un proceso de ocho pasos que serán detallados y vinculados con la investigación (Tinto, 2013).

#### ***Fase 1 - Objetivos y Supuestos de la Investigación***

Esta fase se trató de formular los diferentes objetivos de la investigación, esto se diseñó después del planteamiento del problema, la búsqueda exhaustiva de antecedentes y la realización de la justificación que da viabilidad a esta investigación.

### ***Fase 2 - Identificación del Material Objeto de Estudio***

Se realiza el diseño y ubicación del material de estudio, en este caso se procedió a escoger las características de los participantes basado en la indagación teórica, también se seleccionaron los criterios de inclusión y exclusión para poder delimitar la muestra. Posteriormente se eligieron a conveniencia los participantes después de cumplir con todos los requisitos y consideraciones éticas.

### ***Fase 3 - Definición Temporal de Estudio y de la Unidad de Análisis***

La primera parte trató de estipular la temporalidad de la intervención y los seguimientos. La unidad de análisis fue determinada partiendo de la investigación preliminar y contrastada con el material del objeto de estudio, claramente que estuviese ligada a los objetivos de la investigación.

### ***Fase 4 - Definición de Categorías de Contenido a Analizar***

Esta etapa consistió en establecer las categorías que iban a ser objeto de análisis, es decir, las formas en las que iba a ser clasificada la información con relación a los objetivos de la investigación. Se ha realizado una descripción de la categoría principal en el apartado de *categorías* una sección precedente en este mismo capítulo. Adicionalmente a la definición conceptual se incluyeron las subcategorías *modificación* relacionada con el cambio presentado en los síntomas depresivos; *bloqueos* relacionada con la presencia de bloqueos

gestálticos; y *estrategias*, relacionada con las estrategias de afrontamiento utilizadas (Ver anexo 11). Si bien se han escogido unas categorías de análisis basado en la revisión teórica, no se cerró la posibilidad de ampliarlas según la pertinencia o modificarlas en caso de que no estén en concordancia con la información obtenida o que se encuentren subcategorías emergentes.

#### ***Fase 5 - Sistema de Codificación para Evaluar las Unidades de Análisis***

Consistió en establecer el sistema para la codificación con el fin de evaluar las unidades de análisis, se pretendió realizar un registro de la información proveniente de las unidades de análisis basado en las categorías mencionadas anteriormente. Se utilizó una escala de tipo nominal con solo dos posiciones "presente" y "no presente", se utiliza para lograr conocer la frecuencia de aparición.

#### ***Fase 6 - Codificación de la Información en las Unidades de Análisis***

Se procedió a aplicar el método de codificación de Jhonny Saldaña mencionado anteriormente en el apartado de Sistematización de los datos. Se procedió a la codificación de acuerdo con lo planeado y se fue retroalimentando la aplicación de la técnica debido a la aparición de nuevas categorías en el transcurso de la codificación (Anexo 13).

#### ***Fase 7 - Inferencias y Análisis de los Datos***

Esta etapa consistió en la agrupación de los datos obtenidos que resultaron del trabajo de codificación, se hizo un análisis descriptivo multivariable que facilitó llegar a conclusiones apropiadas en relación con los objetivos planteados. De este modo es que se

puede discutir el supuesto de investigación con los resultados obtenidos. Se utilizaron herramientas como el paquete de Microsoft Excel y Atlasti.

Los datos objetivos obtenidos por las escalas estandarizadas se agregan a la información cualitativa. Se realizó una base de datos con la información cuantitativa obtenida a través del software Statistical Package for the Social Sciences SPSS versión 25, se procedió a describir estadísticamente los resultados obtenidos mediante tablas cruzadas, tablas de contingencia, tablas personalizadas y gráficos ilustrativos, siempre teniendo en cuenta que son complemento de la información cualitativa.

#### **Fase 8 - Presentación e Interpretación de los Resultados**

Se realizó la presentación de los resultados de investigación en el mismo orden en el que fueron planteados los objetivos con su respectiva interpretación y análisis. En el siguiente apartado se da cumplimiento a la fase final.

### **Capítulo III. Resultados**

Como inicio en este apartado se presenta la información sociodemográfica de los participantes y la condición inicial de los dos participantes que han autorreportado síntomas depresivos. En un primer momento se presentan los datos obtenidos de los instrumentos de medición cuantitativos utilizados para darle forma a la impresión diagnóstica y la validación del cumplimiento de los criterios de inclusión. Posteriormente se presenta una descripción detallada del proceso de intervención, en vistas de los elementos que sustentan el desarrollo de los objetivos planteados, el supuesto teórico y la pregunta de investigación del presente trabajo. También se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos cuantitativos que complementaron los datos cualitativos de cada uno de los participantes y del proceso global.

#### **Descripción de Participantes**

Los participantes que hicieron parte de esta investigación fueron dos adultos jóvenes, una mujer de 23 años [BAN] y un hombre de 20 años [PBM], ambos solteros sin hijos, y sin algún diagnóstico psiquiátrico. A continuación, se describe cada caso.

#### ***BAN***

Mujer adulta de 23 años estudiante universitaria, cursa décimo semestre de la licenciatura en nutrición y se encuentra en puertas de culminar con el proceso académico. Vive con sus padres casados, es la menor de cuatro hermanos y vive en vivienda familiar. Su madre de 64 años es ama de casa, con la cual refiere tener una relación distante. Su padre de 64 años es contador, mantienen una relación cercana, sin embargo, no manejan una comunicación abierta -Es su contacto de emergencia-. Tiene tres hermanos de 34, 35 y 39 años, con los cuales tiene una relación distante y conflictiva. Actualmente tiene pareja

hombre de 23 años con el que ha mantenido una relación durante 7 años, manifiesta tener una relación cercana de comunicación y apoyo. Refiere tener una dinámica familiar en la que es obligada a pedir perdón por sus acciones, según dice "prefiere mantenerse aislada para no escuchar las cosas negativas que dicen los miembros de su familia". Ha pertenecido por largos años a grupos de danza, ha participado en varias presentaciones y es una actividad de su agrado. Al acercarse al primer contacto con COBE refiere que desde hace dos semestres se ha retirado de la compañía de danza de la universidad con el propósito de descansar, dejó de hacer ejercicio y no se estaba atendiendo físicamente -perdió 5Kg en un mes-. Se sentía presionada a bajar de peso cuando hacía parte de la compañía y al retirarse refiere que se ha tranquilizado. Su familia no estuvo de acuerdo con su decisión y a partir de eso empezó a sentirse mal con ella misma "me sentía tonta, pensaba en todo lo malo que hacía", esto llevó a que se sintiera triste y a disminuir su deseo de involucrarse en actividades. En ese momento se sintió afligida por no haber terminado la carrera y no trabajar. Es importante agregar que se considera como una mujer emprendedora "soy como una mujer de negocios, muy independiente, vendía galletitas y empanadas, pero ya lo dejé". Los objetivos propuestos en la entrevista inicial realizada por COBE fueron enfocados al aumento de autoestima y al fortalecimiento de su personalidad para no autocastigarse. Se destacaron síntomas depresivos como tristeza, disminución del apetito y dificultades para descansar y dificultades para el manejo del estrés. No hay reporte de accidentes, hospitalizaciones ni eventos traumáticos en las etapas del ciclo vital.

### ***PBM***

Hombre adulto de 20 años estudiante universitario, cursa tercer semestre licenciatura en química, había iniciado su carrera en el segundo semestre de 2017 sin embargo, cursó un

semestre y dado que no estaba seguro de esa decisión debido a que tenía deseo de estudiar música, pero no contó con el apoyo familiar, decidió dejar la escuela y trabajar durante un año siendo operador de una maquiladora. Decide regresar a la universidad a inicios de 2019 y hasta el momento se mantiene únicamente estudiando con el propósito de graduarse de la licenciatura en química para después pagar sus estudios de música. Hijo mayor de padres divorciados. Vive con su madre, tío de línea materna y su hermana menor. Tiene otro hermano menor que vive con abuela materna. Su madre de 43 años, operadora de maquiladora, refiere que su relación fue distante y se encuentran en un momento de acercamiento, manifiesta que "estuvo mal durante muchos años y hace poco empezamos a sanar cosas. No nos llevamos muy bien, es más o menos buena". Su padre de 43 años, plomero, separados hace 10 años, refiere "antes era pésima la relación, no le hablé por 6 años, él fue la raíz de muchos problemas", sin embargo, manifiesta que su padre ha mostrado actitud de cambio y desde que volvió a México decidió perdonarlo y tiene una relación distante, pero de confianza. Tío de 40 años, hermano de su madre, dueño de la casa donde viven, refiere que "quise verlo como un papá, pero sinceramente parece un desconocido, es más o menos lo que hizo mi papá no más que estando en casa". Hermano de 17 años, estudiante de preparatoria, refiere que la relación es cercana, sin embargo, recibe críticas de su parte. Hermana de 14 años, estudiante de secundaria, vive con él y mantienen una relación cercana. Tiene una relación de pareja de un año con una mujer de 19 años, tuvieron dificultades de comunicación a raíz de la pandemia y las dificultades de no poder tener contacto físico, sin embargo, refiere que es una relación de mucho apoyo mutuo. Le gustan los videojuegos y se ha considerado como jugador profesional de un juego de estrategia, también es de su gusto el tocar piano y ha compuesto varias canciones que sube a una red de transmisión de vídeos. El motivo de solicitar atención en COBE refiere tener un miedo

irracional a la muerte, no es porque le tema a morir, sino por no haber hecho todo lo que ha querido hacer. Siente que ha vivido cargando el peso de los demás. Sus padres (Divorciados) principalmente, ellos fueron las primeras causas de que fuera a terapia. Inició a presentar este miedo después de iniciar la carrera debido a los contenidos y se sigue presentando este miedo exacerbado por la pandemia. Dentro de los síntomas reportados se encuentra sensación de escalofríos, "ganas locas de llorar", taquicardia. Manifiesta que estos síntomas le han afectado sus actividades cotidianas y desvían su interés de las clases. No cuenta con una red de apoyo sólida. En cuanto a síntomas depresivos reporta alteraciones en el sueño, desinterés por la higiene personal y disminución en el apetito, sin embargo, no se evidencia consciencia de estos síntomas como depresivos. A nivel somático presenta dolor de estómago, estreñimiento, dolor de cabeza cuando piensa en el tema y tensión en la espalda. Ha asistido con anterioridad a cuatro procesos psicoterapéuticos por síntomas depresivos, sin resultados relevantes y abandono prematuro. En una oportunidad estuvo a puertas de ser medicado, pero junto con su madre decidieron no acceder al servicio de psiquiatría. No reporta accidentes, ha tenido una hospitalización por amigdalitis y sólo reporta un evento como relevante en la infancia cuando un docente abusó de su autoridad.

### **Condición Inicial de Ambos Participantes**

El resultado obtenido de los instrumentos de medición para el momento inicial se presenta de forma organizada en la Tabla 3, 4 y 5 para los dos participantes. Se presentan los resultados en el siguiente orden, BDI-II para los síntomas depresivos, TPG para los bloqueos gestálticos y el WOCC-R en español para las estrategias de afrontamiento.

En la Tabla 3 se presentan los síntomas por cada participante y el grado de depresión obtenida. Se observa que la participante BAN presenta un síntoma depresivo de alta prioridad

en disminución de concentración y toma de decisiones, 6 de prioridad intermedia y ausencia de síntomas relacionados con la agitación o retraso psicomotor. El nivel de depresión correspondiente al grado de moderada. El participante PBM presenta un síntoma depresivo de prioridad alta en fatiga o pérdida de energía, 3 de prioridad intermedia y ausencia en cuatro síntomas. Adicionalmente, se muestra el nivel de depresión que pertenece a el rango moderado.

**Tabla 3** *Pre-test de síntomas depresivos e Inventario de Depresión de Beck II*

Síntomas depresivos	BAN	PBM
Estado de ánimo deprimido	1,25	1,50
Pérdida de interés o de placer	1,5	1,0
Alteraciones en peso y apetito	1	0
Insomnio o hipersomnia	1	1
Agitación o retraso psicomotor	0	0
Fatiga o pérdida de energía	0,5	2,0
Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa	1,6	1,4
Disminución de concentración y toma de decisiones	2	0
Ideas recurrentes de muerte o suicidio	1	0
BDI Pretest	26	24

Nota: Los síntomas depresivos fueron obtenidos basados en la tabla de operacionalización de la categoría utilizando los reactivos del BDI-II.

Es observado en la Tabla 4 que para la participante BAN el bloqueo gestáltico deflexión se encuentra bloqueado; los bloqueos de introyección, retroflexión y fijación en estado disfuncional; el bloqueo de confluencia en estado ambivalente; y los bloqueos de postergación, desensibilización y proyección en estado funcional; no presenta ninguno en estado libre. Se puede apreciar que para el participante PBM el bloqueo gestáltico de introyección se encuentra en estado disfuncional; los de desensibilización, retroflexión, deflexión, confluencia y fijación en estado ambivalente; el de postergación en estado funcional; y el de proyección en estado libre.

**Tabla 4** *Pre-test Test de Psicodiagnóstico Gestalt<sup>1</sup>*

Bloqueos gestálticos	BAN	Estado de bloqueo	PBM	Estado de bloqueo
Postergación	2	Funcional	2	Funcional
Desensibilización	2	Funcional	4	Ambivalente
Proyección	2	Funcional	0	Libre
Introyección	6	Disfuncional	6	Disfuncional
Retroflexión	6	Disfuncional	4	Ambivalente
Deflexión	8	Bloqueado	4	Ambivalente
Confluencia	4	Ambivalente	4	Ambivalente
Fijación	6	Disfuncional	4	Ambivalente

En cuanto a las estrategias de afrontamiento se observa en la Tabla 5 para la participante BAN una tendencia a usar con mayor frecuencia los estilos de búsqueda de apoyo, reevaluación positiva, distanciamiento, planificación y aceptación de la responsabilidad. Por otra parte, usa frecuentemente los estilos de huida-avoidancia, autocontrol, y confrontación, siendo este último el de menor frecuencia de todos. Para el participante PBM el estilo de afrontamiento de mayor frecuencia es el de aceptación de la responsabilidad, seguido de los de uso frecuente que son el de huida-avoidancia, autocontrol, búsqueda de apoyo y distanciamiento. Los estilos de baja frecuencia de uso son el de planificación, confrontación y reevaluación positiva, siendo este último el de menor frecuencia de todos.

**Tabla 5** *Pre-test Cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman<sup>2</sup>*

Estrategia de afrontamiento	BAN	PBM
Confrontación	0,83	0,66
Distanciamiento	2,12	1,00
Autocontrol	1,55	1,22
Búsqueda de apoyo	2,20	1,20
Aceptación de la responsabilidad	2,0	2,5

<sup>1</sup> En la primera línea se encuentra la puntuación en números y en la segunda el estado actual del bloqueo gestáltico.

<sup>2</sup> La máxima puntuación es de 3 puntos.

Huida-evitación	1,88	1,77
Planificación	2,12	0,87
Reevaluación positiva	2,14	0,57

A continuación, se describe lo que ha sucedido en cada una de las sesiones, primero se presenta el diseño propuesto, una breve descripción de lo que se ejecutó durante las sesiones, seguido de la presentación de los datos cualitativos obtenidos y una descripción por participante de las categorías y el proceso de la terapia. Al finalizar se encuentra una descripción de las categorías y el proceso global.

### **Proceso de psicoterapia Gestalt humanista**

La intervención constó de 11 sesiones divididas en cuatro fases; la primera fase pretende realizar un diagnóstico y valoración inicial; la segunda es de intervención; la tercera de evaluación y cierre; y la última de seguimiento de resultados. El programa está diseñado para aplicarse en sesiones a nivel individual.

#### ***Fase 1. Diagnóstico y Valoración Inicial***

De inicio, el propósito consiste en establecer un ambiente de confianza y apertura que facilite el trabajo, identificar las características de los síntomas depresivos, introducir el modelo a utilizar, explicar los alcances de la psicoterapia, establecer objetivos, acordar normas de interacción y términos y condiciones de la intervención. Por último, se realizará psicoeducación para aumentar la comprensión de los síntomas de cada participante y favorecer la toma de consciencia de su estado actual y formas de responder a sus necesidades.

**Sesión 1. Presentación y Diagnóstico. Objetivos:** 1) Establecer las bases contextuales, teóricas y relacionales que favorezcan el desarrollo del programa. 2) Realizar

valoración inicial y caracterización de síntomas, estilos de contacto y estrategias de afrontamiento.

**Tabla 6** *Presentación y diagnóstico*

Actividades	Estrategias de intervención	Materiales de apoyo	Estrategias de registro
Dinámica de presentación. Presentación del programa. Firma de consentimiento informado. Explicación del propósito de la medición, el estudio y modelo de intervención. Diseño y construcción de objetivos basados en la información obtenida. Explicar el uso de bitácora que permita el registro de pensamientos, emociones, conductas, necesidades, dificultades y logros.	Psicoeducación en psicoterapia y síntomas depresivos.	Pizarra Marcadores Plumas Bocina Computador Proyector Bocina Hojas de prueba	Consentimiento informado (Anexo 1) Cuestionario sociodemográfico (Anexo 6) Guion de entrevista semiestructurada (Anexo 7) Inventario de depresión de Beck BDI-2 (Anexo 2) Bitácora (Anexo 8)

*Fuente: Elaboración propia.*

## BAN

Resumen de la sesión: Se inicia la sesión realizando una presentación del profesional y también del trabajo de investigación del cual formará parte, esto se realizó utilizando la aplicación Microsoft Teams siguiendo las instrucciones de la institución durante todas las sesiones. Se compartió el consentimiento informado usando la herramienta de compartir pantalla, se ha leído punto por punto, se abrió un espacio para preguntas e inquietudes antes de continuar para garantizar la comprensión y la voluntariedad de su participación. También se abrió la posibilidad de abandonar el tratamiento o la modalidad de intervención y recibir la atención psicológica que ofrece la institución. En este apartado se aprovecha para resaltar los riesgos y beneficios de la intervención, y se le otorga una copia a la persona. Se procedió con el diligenciamiento del cuestionario sociodemográfico de una forma dinámica facilitando la relación terapéutica. Desde el primer momento se estuvo trabajando en la construcción de

la relación terapéutica desde la autenticidad del terapeuta y también respetando los principios de la terapia Gestalt.

En las preguntas del cuestionario la participante empieza a reconocer características de sí misma y a la vez en el contenido de su comunicación empiezan a emerger las formas en que usa los bloqueos gestálticos. Posteriormente se indaga acerca del motivo de consulta, manifiesta que desde el 2019 venía presentando unos cambios en cuanto a su ritmo de actividades, y es importante resaltar que se encontraba en el final de su carrera de licenciatura, siendo uno de los factores estresantes más relevantes. Dentro de su narración del motivo de consulta emerge un asunto inconcluso relacionado con su experiencia en las compañías de danza en donde refiere que no se encontró valorada y había sido forzada a cambiar formas de sí misma, hace referencia usando las palabras "era como una relación tóxica y tenía que dejarla ir simplemente como que no entraba en el estándar de la persona que tenía la compañía, entonces yo no podría estar reprochando por cambiarme a mí". Es aquí donde emerge el factor de depresión relacionado con la autoestima, sin embargo, de la danza se rescataron varias estrategias de afrontamiento como la planificación y la confrontación, al igual que bloqueos gestálticos como la retroflexión y confluencia. Al indagar un poco más en esa situación comentó que consiguió un trabajo después de eso y comienza un proceso de reevaluar positivamente todos los cambios que estaba travesando, sin embargo, fue un momento de estrés, constantemente durante la sesión mencionó que se consideraba como una persona muy estresada.

Se hace énfasis en los síntomas depresivos relacionados con la tristeza, la disminución en el interés y factores estresantes como su familia y situación académica. Se empiezan a dilucidar los introyectos provenientes de personas externa como su madre, hermanas y

algunos docentes, por ejemplo, "soy tonta, porque no soy más lista, todas esas cosas que me decían me las iba creyendo poco a poco". Puede reconocer que lleva tiempo manteniéndolos y se empiezan a dar los primeros cambios terapéuticos relacionados con la toma de consciencia en la zona media e interna. No obstante, esa interacción familiar facilitó que emergiera la estrategia de afrontamiento de huida-avoidancia, siendo una de las más frecuentes. Es importante destacar que tiene una relación de pareja que la considera como un factor protector.

Se indaga acerca de los procesos psicoterapéuticos anteriores y se rescatan los elementos obtenidos favoreciendo la relación terapéutica actual y también funcionó para encontrar uso de confrontación en decisiones pasadas. Se aprovecha para construir los objetivos terapéuticos, refiere que le gustaría trabajar en la autoestima y la aceptación, sin embargo, se explica que pueden ir modificándose según va aumentando su capacidad de darse cuenta de cómo siente, piensa e interactúa con el ambiente. Todo lo anterior siguiendo de forma paralela el cuestionario sociodemográfico y los temas de la entrevista semiestructurada. Por último, se realiza una síntesis de la información relevante, se psicoeduca en los síntomas depresivos y en el ciclo de la experiencia de una forma apropiada para el contexto teniendo en cuenta el nivel educativo de la participante. Se explican las pruebas que se van a utilizar para la medición de los síntomas depresivos, bloqueos gestálticos y estrategias de afrontamiento, esto encuadrando la importancia de diligenciarlos tomando consciencia de lo que se genera en ella al enfrentarse a los reactivos. Al finalizar la sesión se hace un punto de chequeo de emociones y aprendizajes.

A continuación, se describen las técnicas utilizadas, bloqueos gestálticos más relevantes, los cambios terapéuticos -se incluyen los valores del proceso de codificación-, las

estrategias de afrontamiento con mayor frecuencia de aparición, factores de depresión y síntomas depresivos. Así funcionará en la presentación de las siguientes sesiones. Posterior a la sesión 11 encontrará tablas de resumen que le orientaran gráficamente.

Técnicas utilizadas	Zonas de consciencia, expresivas, psicoeducación, relación terapéutica, humanistas -reflejo, parafraseo, validación síntesis, diálogo socrático
Bloqueos gestálticos	Introyección, confluencia y retroflexión
Cambio terapéutico	Zona media, zona interna
Valores	Aceptación
Estrategias de afrontamiento	Confrontación y evitación
Factores de depresión	Autoestima, familiares, estrés
Síntomas depresivos	Culpa, falta de interés, ideas de muerte, psicomotor y tristeza

### **PBM**

Inicia la sesión con la presentación del profesional y el trabajo de investigación, se utilizó Microsoft Teams para compartir el consentimiento informado y poder revisar punto por punto. Luego se abrió un espacio de preguntas para validar que estuviera de acuerdo con su participación voluntaria.

Posteriormente se inicia la entrevista semiestructurada apoyándonos del cuestionario sociodemográfico para cubrir con las áreas requeridas para formar el primer acercamiento al caso. Se aprovechó el escenario para fortalecer la relación terapéutica al igual que con la primera participante.

Continuamos con la profundización y al indagar sobre el motivo de consulta comienzan a aparecer los indicios de usos bionegativos de bloqueos de confluencia, deflexión e introyección, al igual que la estrategia de afrontamiento de evitación. Refiere que "tiene una idea irracional, un miedo a la muerte y no es porque le tema morir, sino que le temo a morir sin haber hecho todo lo que he querido. Siento que no he vivido mi vida, no he podido

enfocarme en mis propios pesos". Se le invita amablemente a profundizar en esos pesos y a las personas a las que sí ha dirigido su atención, refiere que "mis papás fueron las primeras causas de que yo haya ido a terapia, no se puede decir que he sido un santo", "siento que muchas cosas de las que me pasan en el fondo me las merezco por como fui", dice que el evento de divorcio de sus padres fue difícil y que tomó responsabilidades con sus hermanos y se refiere a que su etapa de secundaria fue la más difícil. Agrega que "nunca tuve tiempo para pensar en mí mismo, me empujaron desde muy joven a madurar, entonces le tengo miedo a la muerte porque siento que no he vivido y si me voy no habré hecho nada de lo que quiero hacer". Se aprovecha el nivel de apertura para indagar acerca de sus sentimientos de forma explícita, comenta que no lo ha pensado mucho y ha empezado a interesarse en el ámbito espiritual para indagar un poco más acerca de la muerte, manifiesta que esas ideas se han maximizado desde que en su carrera empezó a adentrarse en conceptos como el de entropía, se aprovecha para profundizar en sus significados. Comunica que "se refiere al desgaste del universo, como se va gastando poco a poco la energía que tiene hasta comprimirse todo y llega al cero absoluto, el momento en que las moléculas y átomos no se mueven", se valida la experiencia y se muestra interés genuino por conocerlo como parte de la construcción de la relación terapéutica. Se indaga de la frecuencia de sus pensamientos, intensidad y evolución de sus emociones, manifiesta que ha tomado acciones para evitar la muerte como desechar unos objetos de arcilla dado que había leído su toxicidad. Se procede a indagar acerca de los síntomas físicos y emocionales que le ha causado mantener esa idea, responde "físicos primero me da una sensación como escalofríos, como si tuviera una infección. Tengo unas ganas muy locas de llorar porque siento miedo y en lugar de preocuparme quiero llorar, es algo que así no hago", se indaga por otros síntomas relacionados con la respuesta ansiosa ante esa idea, refiere que siente que se le acelera su

corazón. Continuamos en el dialogo acerca del efecto de esos síntomas en su vida cotidiana, dice que "normalmente en este semestre me ha cancelado las clases, trato de poner atención pero estoy pensando en eso y eso hace que me vaya mal en la escuela", se valida su expresión, se propone que dejemos esa indagación para profundizar más adelante y continuamos con indagar acerca de su red de apoyo, refiere que no ha sido una relación favorable con los miembros de su familia, reconoce que hay apoyo, sin embargo, no son las primeras personas a las que recurre. Comienza a narrar la historia acerca de un evento en 2018 que ha sido relevante para su vida, en el que están involucrados su madre y su tío, dice "quería ser pianista de jazz y cuando les dije no me quisieron apoyar, me dieron la espalda", fue un momento en el que abandonó su carrera y se consiguió un trabajo en maquiladora, refiere que "en ese transcurso de tiempo estuvieron haciéndome la vida casi imposible, me pedían de todo, me regañaban por todo, me cuidaban todo. Lo aguanto y digo es mi familia, pero es muy estresante, el peor año de mi vida", se refleja una forma bionegativa de retroflexión, confluencia y desensibilización. Se le pregunta si desde esa época presentó síntomas, responde "sentía la misma sensación de escalofríos y la taquicardia a veces me sentía con ganas de llorar, es decir, llegaba del trabajo y quería llorar de no poder estar haciendo lo que yo quería hacer". Se indaga acerca de las formas de responder en ese entonces a dichos síntomas, "pensaba en las opciones que tenía y la mejor opción fue seguir adelante, o sea, no me podía detener porque si no, no iba a hacer nada", refiere que hay comienzo a sentir que o estaba haciendo cosas para sí mismo, dice "así inicié a darme cuenta de que no había estado viviendo mi vida", comenta que en ese momento decide retomar la universidad.

Dándole continuación a la entrevista se le preguntan por experiencias traumáticas a la que solamente refiere que "mi hermano tiene una idea muy negativa de mí, no sé si es algo

que le dicen los demás pero se refiere a mi diciendo que soy un huevón, que soy irresponsable y un inmaduro", siente que cada vez que hablan es una crítica destructiva, comenta "es algo que sinceramente me duele mucho y me estresa no saber por qué me tratan de esa forma cuando les ayudé tanto tiempo", se valida la experiencia y se refuerza la relación terapéutica. Posterior a eso se indaga acerca de su padre porque no había mencionado nada de él hasta el momento, dice "curiosamente confío más en mi papá a pesar de que él fue la raíz de muchos problemas, ha demostrado querer cambiar. Yo tuve que perdonarlo, no podía quedarme así, tarde o temprano tenía que hablarle", sugiere que tiene una relación cercana con él. Se indaga en su relación de pareja, manifiesta que "ahora estamos teniendo problemas por la comunicación por mensajes", no tuvieron contacto físico debido a la pandemia.

Después de esta breve exploración se le pregunta acerca de las soluciones intentadas ante sus síntomas y sentimientos. Responde que ha ido a terapia en varias oportunidades para el tratamiento de síntomas depresivos, refiere que "me cuesta demasiado hablar con las personas por cómo fui educado. No lo hablo con mis amigos porque siento que molesto, no soy capaz de hablarle a los demás de cómo me siento y si lo hago es cuando ya me explota en un momento". Se valida su experiencia y continuamos indagando acerca de los procesos de terapia y su efectividad, comenta "han sido procesos completos, le dije ahorita no creo tener depresión, pero la primera vez fui por eso. Ahora me da vergüenza reconocer que me sentía triste, con vacío en el pecho y era muy agresivo, tenía hábitos raros, subí bastante de peso", se valida y se favorece la expresión y comenta que en la actualidad está tomando pequeñas acciones relacionadas con hacer ejercicio y dieta. En una oportunidad uno de los terapeutas le sugirió acceder a servicio de psiquiatría, pero se negó, dijo " decidí no medicarme, decidí que estoy seguro o en ese momento estaba seguro de que iba a salir de eso

tarde o temprano y que era una etapa nada más", se indaga acerca de su percepción de síntomas depresivos, refiere que la última vez fue al principio de 2018, dijo "sentía que me cortaban las alas, me sentía súper triste porque no iba a poder avanzar junto con mi generación.

Se valida toda la historia que ha compartido y se dirige la conversación al momento presente, se indagan sobre los cambios en el estado de ánimo recientes, responde "desde ayer y toda la semana pasada me sentí súper desganado, sin ganas de hacer nada, quise darle un nombre y dije es flojera, pero no sé, no quería comer, estuve comiendo a fuerzas la semana pasada, comía para no desnutrirme, apenas esta semana vine a recuperar las ganas". Se promueve la profundización en sus síntomas, continúa diciendo "me bañaba esporádicamente durante esa semana", es decir se bañaba casi día de por medio. Se sigue conectando con el presente y se le pregunta por su estado esta semana y manifiesta que "me he sentido muy bien debo recalcar que una de mis redes de apoyo más importantes estuvo ocupada, tengo una amiga con la que juego y hablo con ella mientras hacemos actividades me calma, me ayuda a sacar varias cosas, pero estuvo ocupada", se le apoya a profundizar en la emoción, refiere que se ha sentido solo, "me siento más cómodo hablando con mi amistad femenina porque con mis amigos varones no siento tanta confianza", también reconoce la importancia de haber iniciado este proceso para poder atender sus situaciones estresantes. Se revisa nuevamente su estado alimenticio de sueño y somático, refiere que en esta semana retomó su plan alimenticio, que no duerme por quedarse hasta tarde jugando y que le duele el estómago con algo de estreñimiento, y en algunas ocasiones dolores de cabeza cuando piensa mucho en la situación de la muerte. Profundizando más toma consciencia de que también tiene dolor lumbar dado que se encuentra sentado durante largas horas frente al computador. Al

preguntar por hospitalizaciones manifiesta que ha estado en dos oportunidades por amigdalitis, según dice es de lo que más se enferma.

Se pregunta acerca de otras situaciones estresantes que no se hayan preguntado y comenta que su padre no estuvo presente en el proceso de formación durante su adolescencia y que le quiso adjudicar el rol a su tío, sin embargo, dice "esa figura paterna que siempre quise ver en él se me cancela totalmente cada vez que veo como me trataba mi tío, o sea este me ha hecho sentir muy ignorado durante todo este tiempo que hemos vivido con él". Comenta otro evento relacionado con el abuso de autoridad por parte de los docentes.

Se le invita a contactar con los pensamientos que tiene acerca de sí mismo, responde que "actualmente siento que soy una persona muy resiliente, a pesar de todo eso sigo trabajando y lucho por mis sueños". Se indaga acerca de los videojuegos y el tiempo dedicado, dice que juega todo el tiempo posible, pueden ser entre 4 o 5 horas diarias, se le indica que eso queda pendiente por profundizar más adelante. Para finalizar se cuestiona acerca de las ideas inminentes de lesionarse o querer morir, refiere que ha pensado en la muerte, pero no en querer morirse, de hecho, le tiene miedo, lo comenta así " si he pensado en ello, pero lo que me impide seguir pensando es que no quiero morir, pienso en cómo ha sido mi vida, el orden cronológico, pienso en que no tiene mucho propósito morir, pero al mismo tiempo no quiero porque no he llegado a ese propósito".

Se realiza el cierre de la sesión realizando una síntesis de lo trabajado, también se explican los instrumentos a diligenciar y se encuadra el plan de trabajo durante las sesiones.

Técnicas utilizadas	Expresivas, supresivas, psicoeducación, relación terapéutica y humanistas
Bloqueos gestálticos	Introyección, confluencia, desensibilización, deflexión y retroflexión

Cambio terapéutico	Zonas de consciencia y autoapoyo
Valores	Propósito, apoyo, amistad, reconocimiento, escucha y resiliencia
Estrategias de afrontamiento	Evitación, aceptación de la responsabilidad y confrontación
Factores de depresión	Autoestima, estrés, familiares y salud/covid-19
Síntomas depresivos	Tristeza, falta de apetito, culpa, falta de concentración, fatiga, falta de interés, pensamientos de muerte, retraso psicomotor y alteraciones en el sueño

## ***Fase 2. Intervención***

Esta fase consta de 9 sesiones que pretende abordar en las primeras 8 una parte del ciclo de la experiencia de Salama, un síntoma depresivo y una de las áreas afectadas a causa de los síntomas. Esto facilita que la persona desde el momento de la aplicación de los instrumentos ya esté en proceso de aumentar la toma de consciencia de su situación actual, los efectos de sus decisiones, cómo satisface sus necesidades y si esos resultados son satisfactorios. Independiente del resultado de los instrumentos se trabaja la totalidad de síntomas depresivos para favorecer el desarrollo de las estrategias de afrontamiento y el impacto que tiene en las áreas más importantes de la vida del sujeto.

**Objetivo específico:** Diseñar e implementar un proceso de psicoterapia Gestalt humanista para la disminución de síntomas depresivos enfocado en el ciclo de la experiencia.

**Sesión 2. Reposo / Postergación. Objetivo:** 1) Promover el desarrollo de la habilidad de darse cuenta el estado en el aquí y ahora de la persona.

**Tabla 7** *Reposo / Postergación*

Actividades	Estrategias de intervención	Materiales de apoyo	Estrategias de registro
Se realizará una breve explicación de la fase de Reposo del ciclo de la experiencia con su respectivo bloqueo.	Técnica de respiración diafragmática y contemplación. Técnicas expresivas (Magnificación,	Pizarra Marcadores Bocina Computador Proyector Bocina	Escala de modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman WOCC-R (Anexo 3) Test de Psicodiagnóstico Gestalt TPG (Anexo 4)

Se propondrá un experimento enfocado en trabajar en el desarrollo de la fase explicada. Se evaluará de forma cualitativa el resultado de la sesión usando el HAT.	exageración), énfasis en lo corporal. Naranjo Ejercicios experienciales de darse cuenta de zona interna. Rastreo de introyectos. Salama	Hojas de test	Cuestionario cualitativo HAT modificado (Anexo 5) Bitácora (Anexo 8)
---	--	---------------	---

*Fuente: Elaboración propia.*

## **BAN**

Resumen de la sesión: Se inicia la sesión indagando acerca de su estado actual y trabajando en la relación terapéutica, refiere que se siente estresada y manifiesta su deseo de ser ayudada dando lugar al reconocimiento de la estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo. Manifiesta que se sintió confundida diligenciando las pruebas y que "estaba con actitud positiva". Se utilizó nuevamente la función de compartir pantalla para revisar cada una de las pruebas e ir promoviendo la toma de consciencia respectiva a los reactivos, se aprovecha la ocasión para psicoeducar acerca de los síntomas depresivos, los bloqueos gestálticos y el ciclo de la experiencia. Dentro del trabajo con las pruebas se evidenció la estrategia de evitación. Se realiza un encuadre de las pruebas en relación con los objetivos terapéuticos y cómo el aumentar la comprensión de sí misma le iba a permitir optar por diferentes estrategias de afrontamiento para resolver las situaciones estresantes actuales.

Se le solicita que amplíe lo que espera del proceso terapéutico en donde manifiesta que desea trabajar en la autoestima y la aceptación, da ejemplos como "hago algo, pero no me doy mérito por haberlo hecho, es como que hago algo y después digo no era para tanto". Empieza a reconocer eventos pasados en donde ha utilizado de forma adecuada formas de afrontamiento de búsqueda de apoyo y confrontación, se acompaña el proceso realizando reflejos. Se procedió a psicoeducar en el ciclo de la experiencia el ejemplo de la satisfacción del hambre para promover la toma de consciencia corporal, mental y externa. Se inicia con

un experimento dirigido al darse cuenta de la zona interna siguiendo el objetivo de la sesión, da como resultado disminución de la sensación de estrés, comenta que se siente "relajada, lo cual es extraño porque soy muy tensa" y emerge un introyecto acerca de sí misma. No obstante, esto da pie a cambios terapéuticos en la zona interna y media al poder tomar consciencia de sí misma. Se indaga acerca de los puntos de la zona interna que le han llamado la atención y se aplica una técnica expresiva de la mano de una forma breve de silla vacía para dialogar con dicha parte del cuerpo y logra tomar consciencia de lo que siente y también de lo que requiere para calmar la tensión de esa parte, lo cual es considerado como un cambio terapéutico. Las partes que se revisaron mediante ese pequeño experimento fueron la rodilla, pecho y cabeza. Logra darse cuenta de que le ha faltado atender su cuerpo, respirar con mayor frecuencia e intensidad, y también que constantemente tiene un flujo alto de pensamientos.

Después de indagar acerca de los resultados del experimento da pie para aplicar una técnica integrativa de dialogo entre la polaridad alegre y triste, en donde se promueve la toma de consciencia de las dos partes. Para finalizar se realiza una síntesis y se psico educa en lo acontecido durante la sesión favoreciendo la comprensión del trabajo que estábamos realizando. Se realiza un chequeo de emociones y pensamientos al final de la sesión.

Técnicas utilizadas	Experimento, expresivas, integrativas, humanistas y psicoeducación
Bloqueos gestálticos	Desensibilización, introyección y proyección
Cambio terapéutico	Zonas de consciencia, autoapoyo
Valores	Tranquilidad, sensibilidad
Estrategias de afrontamiento	Búsqueda de apoyo y planificación
Factores de depresión	Autoestima y estrés
Síntomas depresivos	Fatiga y psicomotor

## **PBM**

Se inicia la sesión indagando acerca de su estado actual, refiere que se encuentra bien, dice "a partir de la última sesión he estado tranquilo porque me estaba distraendo con mis amigos", también se encuentra en semana de exámenes, ha dormido poco pero ya ha comido mejor que la semana pasada debido a que le está ayudando a su madre con cocinar dado que ella consiguió un empleo nuevo. Se valida el diligenciamiento de las pruebas, se utiliza la pantalla compartida para revisar lo que ha respondido y cómo puede ser utilizado para el beneficio de la terapia. Se puntualizan los aspectos más importantes de cada reactivo y después se psicoeducar en la forma en que vamos a utilizar esa información junto con la intervención basada en el ciclo de la experiencia. Se empieza a trabajar con la ejemplificación del ciclo de la experiencia a través de la necesidad de comer, se explica paso por paso y se le solicita dar cuenta de comprensión y también experiencia en sí mismo. Se evidencia que la capacidad de tomar consciencia de las distintas zonas se encuentra conservada. Posteriormente se encuadra lo importante de completar las necesidades actuales y los asuntos inconclusos para habilitar la energía en el aquí y ahora.

Se procede a realizar el experimento de la sesión a través de la toma de consciencia corporal, al finalizar refiere " me siento relajado, pero cuando pasamos por los hombros sentía mucho peso", se indaga acerca de si usualmente se percata de sus hombros y no es habitual dado que su silla tiene pasamanos y recarga sus brazos, "recargo siempre los codos y nunca siento el peso de mis hombros", se invita a profundizar en las sensaciones y reconoce que también le dolía la espalda alta. Se le propone describir esos dolores para descubrir sus necesidades, logra tomar consciencia y describe "es como si estuviese cargando algo ahí, una mochila que me lleva hacia atrás está muy pesada". Se inicia un experimento en donde se entabla dialogo a través de silla vacía con las partes del cuerpo, como resultado se obtiene

"que mejore mi postura", "que deje de cargar eso, lo que me molesta, la culpa y el miedo". Se reúnen esas tres frases y se le pide expresar aquello que le molesta actualmente, y comenta que en ocasiones el no poder hablar con alguien no le permite distraerse de sus pensamientos, "en la noche no hay sonido, no hay ruido, no hay nada verdad, entonces todo se amplifica, se escucha un silencio abrumador", es un momento en el que le dificulta no pensar y descansar. Es un momento angustiante en el que refiere "estoy atrapado contra mí mismo", es aquí donde suele reflexionar acerca del enfoque que le ha dado a su vida y cómo no la ha vivido por ayudarle a los otros, en particular a su familia. Se profundiza en las partes a las que se refiere cuando dice "contra mí mismo", responde que es "contra esas partes negativas, que no he sanado, que quisiera volver a vivir mi niñez sin haberme preocupado una sola gota por nadie", también menciona que le hubiese gustado no ser tan agresivo y quitarse la culpa de que cree que el fallo del matrimonio de sus padres fue por causa suya. Después se profundiza en la tristeza, comenta que "me hubiese gustado que mis papás estuvieran juntos, que no me hayan obligado a odiarlos. Tuve que ser neutral y madurar demasiado para no involucrar a mis hermanos", la tristeza dice que es por no haber logrado que las cosas fueran diferentes. Se utiliza una pregunta milagro para favorecer la toma de consciencia de aquello que es importante para él. Comunica que ha tenido muchas fallas, que en las relaciones interpersonales le cuesta mucho expresarse, que siente que fueron crueles en su infancia y hace que le cueste mucho hablar de esos eventos. Se le invita a completar la expresión y dice que "estoy triste, me gustaría decir que a veces no encuentro muchos motivos para despertar al otro día o algo así", se proyecta la comunicación y se le pide que responda como esas personas con las que se expresaría, y se le solicita que les pida algo, responde "que no minimicen como me siento, ellos no pueden saber todo lo que pienso, todo lo que siento en un día, que me valoren un poco más", se le invita a conectar con su sentir cuando se da el

permiso de comunicar favoreciendo el cambio terapéutico, "es algo que me hace llorar pero no es como un llanto triste sino es como un llanto liberador no sé, me siento tranquilo al dejarlo salir". Se le agradece y valida la experiencia y se procede a hacer psicoeducación acerca de los síntomas depresivos y el ciclo de la experiencia, se le invita a construir objetivos a partir de la toma de consciencia y dice "quiero soltar esa culpa que siento por no vivir mi vida, siento que eso me haría relajar más mi vida", se indaga acerca de las formas en las que podría lograrlo y manifiesta que "debería hacerlo paso a paso, uno por uno y no tratar de solucionar todo de un tirón". Se le invita nuevamente a tomar una posición cómoda y se le propone una imagería guiada en donde pueda reconocer su cuerpo y también el reconocimiento de lo que ha trabajado hasta el momento, comenta que "creí que no iba a funcionar, que no iba a sentir nada, pero sí me siento mejor, hasta se me subió un poco el ánimo, me hace sentir reconocido, eso fue lo que le dio al clavo". Se psicoeduca en la importancia de no juzgar los experimentos ni la experiencia, solo tomar consciencia. Se procede a realizar el cierre de la sesión destacando los aprendizajes, se guía de una forma más benévola hacia sí mismo, "no debo ser negligente conmigo mismo y apreciar más las cosas que me molestan y tratar de entenderlas en vez de evitarlas. Se realiza una devolución y validación, se concluye con la sesión.

Técnicas utilizadas	Experimento, expresivas, supresivas, integrativas, humanistas, relación terapéutica y psicoeducación
Bloqueos gestálticos	Introyección, retroflexión, deflexión y desensibilización
Cambio terapéutico	Zonas de consciencia
Valores	Tranquilidad, libertad, reconocimiento y amistad
Estrategias de afrontamiento	Confrontación, evitación, autocontrol y reevaluación positiva
Factores de depresión	Autoestima, estrés y familiares
Síntomas depresivos	Falta de apetito, culpa, retraso psicomotor, alteración en sueño y tristeza

**Sesión 3. Sensación / Desensibilización. Objetivo:** Facilitar la identificación de sensaciones, emociones y sentimientos. \*\*Estado de ánimo. Autoestima. \*\*Distinción de emociones. \*Pensamientos asociados a las emociones. (Área emocional, Cognitiva).

**Tabla 8** Sensación / Desensibilización

Actividades	Estrategias de intervención	Materiales de apoyo	Estrategias de registro
Se realizará una breve explicación de la fase de Sensación del ciclo de la experiencia con su respectivo bloqueo. Se propondrá un experimento enfocado en trabajar en el desarrollo de la fase explicada. Se evaluará de forma cualitativa el resultado de la sesión usando el HAT.	Técnica de respiración diafragmática y contemplación. Ejercicio con las tres zonas de relación. Salama Técnicas supresivas (Acercadéismo, Debeísmo). Naranja Estimulación sensorial. Comunicación "Ahora me doy cuenta de..." Zona interna	Pizarra Marcadores Bocina Computador Proyector Bocina Hojas de test	Cuestionario cualitativo HAT modificado (Anexo 5) Cuaderno de bitácora (Anexo 8)

*Fuente: Elaboración propia.*

## BAN

La sesión comienza con una indagación de su estado actual, refiere que "he estado muy ocupada con la escuela y algo estresada", evidenciando ese factor de depresión. En esta ocasión menciona que tuvo una pelea con su novio, lo cual es considerado como un factor de depresión del área interpersonal, desea iniciar el trabajo desde esa experiencia y se trabaja partiendo de una metáfora de maleta llena de cosas que no comunica, la cual acepta y da cuenta del bloqueo de retroflexión, comenta "no expreso, no digo lo que pienso y ya cuando hace muchas cosas que me molestan o ya cuando estoy harta se las digo". Se aprovecha esa experiencia para que entre en contacto con su zona media, refiere que "exploto y al momento de explotar me convierto en un grillo. De hecho, me siento bien porque gracias a Dios lo saqué, hay pocas veces que me arrepiento de haber dicho algo". Lo anterior si bien permite ver más clara la retroflexión también permite ver el aumento en el darse cuenta y el uso de la

estrategia de afrontamiento de confrontación. Se usan un par de técnicas expresivas para favorecer su comprensión de sí misma y de lo que estaba experimentando en ese momento. Nuevamente se trabaja con su familia dado a una proyección que comenta "no me siento escuchada por mi familia", esto se interviene con una técnica supresiva que le permita tomar responsabilidad de lo que había comunicado. Lo que lleva a que emerja la estrategia de afrontamiento de evitación y también el cambio terapéutico en cuando a su zona de consciencia interna y media.

Posteriormente se trabaja con un introyecto relacionado con que su madre nunca la escucha, a lo cual responde diciendo que "estoy grande pero no tan grande para saber cómo reaccionar ante ciertos aspectos que presenta la vida", se aprovecha ese introyecto y a través de una técnica supresiva logra tomar responsabilidad de su participación en los eventos de su vida. De esta interacción nos dirigimos a profundizar en la frustración que siente cuando se equivoca, se facilita la toma de consciencia interna para contactar con la emoción y también con la polaridad, responde de forma favorable desde el autocontrol y la responsabilidad.

Se realiza un trabajo en el autorreconocimiento de eventos anteriores en donde pueda tomar consciencia de aquello que ha hecho bien, se mostraba confundida y se ha usado una técnica expresiva en la que ha podido identificar la diferencia entre ella y los otros teniendo un uso del bloqueo de confluencia biospositivo. Esto dio la oportunidad de trabajar también con la toma de consciencia de la zona media y de formas en las que está preparada para un resultado desfavorable y termina convirtiéndose en una profecía autocumplida, es decir, un introyecto confirmado. En el intermedio del dialogo emerge una forma bionegativa de confluencia en la que se queda callada para darle la razón a los demás y esto se evidencia a través del uso de una técnica expresiva de un momento de risa que tuvo, se realiza una

confrontación de esa forma de responder en un área de su vida y esperar respuestas de su madre, pero opta por darle la razón en vez de manifestar lo que realmente piensa. Se encuentra en búsqueda de apoyo de tal forma que sean otros los que tomen responsabilidad de sus decisiones, para esto se promueve la toma de consciencia acerca de su participación en los eventos de su vida hasta que logra ubicarse en una estrategia de afrontamiento que acepta la responsabilidad. Siguiendo el hilo conductor y el objetivo de la sesión se trabaja en la importancia de las decisiones y a través del diálogo socrático se apoya a que logre identificar cómo se siente cuando toma decisiones, a lo que responde que "la mayor parte del tiempo he tenido resultados positivos y otras veces no que me ha ido de la fregada", se realiza un parafraseo para favorecer la toma de consciencia a lo que comenta "tal vez no confíe tanto en mí". Nos dispusimos a trabajar en el introyecto y lo rastrea hasta su madre que según ella "es la que siempre me está diciendo o siempre tiene algo que decir", le adjudica que con todo lo que le dice "me hace entrar en duda", y se enlaza con lo que compartió al comienzo acerca de que deseaba que su mamá la apoyará más para poder confrontar la idea. De cierto modo ese introyecto y la forma de vincularse con su madre han desfavorecido los resultados y la satisfacción de alcanzar las propias necesidades. Apoyándonos de una técnica supresiva comunica que lo que "muchas veces quisiera el consejo de su mamá, a veces me pesa mucho porque veo que mis amigas tienen a su mamá y pues si son cariñosas", se explora el sentir de esa idea comunicada. A partir de ese momento comienzan a surgir cambios terapéuticos en el nivel cognitivo y emocional, al igual que el uso del cloqueo de confluencia de forma biopositiva. Puede tomar consciencia de no valorar su punto de vista, la percepción de sí misma a nivel corporal "a veces me veo al espejo y se distorsiona, me siento como con muchos kilos", sin embargo, tiene consciencia de lo desfavorable de sus apreciaciones para su autoestima.

Se procede a trabajar en el experimento de la sesión dirigido a la descripción de objetos en su campo, y después evoluciona a hacer descripciones objetivas de sí misma, nos apoyamos de técnicas expresivas, reflejos y parafraseo para que logre tomar consciencia de sus pensamientos y emociones acerca de sí misma. Dentro de los resultados obtenidos se evidencia la toma de consciencia en el nivel cognitivo y emocional dado lo que comenta "me extraño mucho, antes veía el lado positivo en todo y eso era algo que me caracterizaba", se apoya a la expresión de emociones a través de una devolución y logra tomar consciencia diciendo "veo que también mis emociones están bien negras y extremas". Por último, se invita a diseñar las acciones para escoger la forma favorable de dirigirse hacia los objetivos terapéuticos a lo que responde "voy a ver las cosas por lo que he logrado y no por lo que me falta por lograr", "es difícil, pero lo voy a lograr". Se refuerza la toma de consciencia a través de validar la expresión de pensamientos y emociones propias. Se cierra la sesión después de que manifestará un cambio terapéutico importante relacionado con "he cedido mi poder a alguien más. No hay forma de que alguien me haga sentir mal si yo no lo permito, deje el mando cinco minutos y me descuidé, pero fui yo quién lo dejó". Se encuadra el tomar el mando con el tema anteriormente tratado acerca de la toma de decisiones, y sus aprendizajes de la sesión.

Técnicas utilizadas	Experimento, expresivas, integrativas, supresivas, humanistas, relación terapéutica y psicoeducación
Bloqueos gestálticos	Confluencia, introyección y proyección
Cambio terapéutico	Zonas de consciencia, autoapoyo
Valores	Validación, reconocimiento, confianza, amor, honestidad y ternura
Estrategias de afrontamiento	Evitación, confrontación y aceptación de la responsabilidad
Factores de depresión	Autoestima, familiares e interpersonales
Síntomas depresivos	Tristeza y culpa

**PBM**

Se comienza indagando acerca de su estado actual, refiere que se ha sentido más motivado y se ha reactivado, "regresé a hacer varias cosas diferentes y así me ayudaron a quitar el pensamiento de la cabeza. He estado tranquilo y realmente muy relajado". Se indaga acerca de esas actividades y refiere que ha retomado el ejercicio en casa, está cocinando, se está levantando a ayudarle a su hermana a hacer la casa. Se valida su esfuerzo y experiencia, se propone reformular sus hábitos de sueño a lo que responde que le cuesta mucho. Se continúa el dialogo y emerge una incongruencia entre lo que comentó y lo siguiente "pienso cosas negativas relacionadas a la muerte, me canceló yo solo y soy incapaz de hacer algo por mi cuenta, necesito que me regañen o una motivación muy fuerte", lo menciona como un ejemplo, sin embargo, se profundiza y refiere que está recuperando el "hambre por la vida". Continúan los pensamientos relacionados a la muerte en el sentido de que teme morir sin haber vivido lo que puede vivir. Se procede a indagar acerca del estado de ánimo, comenta que "no voy a negar que he tenido emociones negativas, dentro de estos días me he sentido impotente, pero no me he sentido preocupado por el tema principal", refiere que le preocupa en este momento la escuela debido a que siempre comienza con buenas calificaciones y luego su rendimiento baja, reflexiona al respecto "estoy empezando a reflexionar un poco más en mi vida y tal vez me sienta poco suficiente para esta clase de materias, porque bueno ya le he platicado que quería ser músico", reconoce que ha elegido estudiar química como un medio para llegar a estudiar lo que desea. Continúa profundizando acerca de su situación escolar que está relacionada con su autoestima y emerge un introyecto relacionado con la forma en que es su desempeño, se le realiza un reflejo y toma consciencia de que sigue manteniendo esa creencia acerca de sí mismo y sigue experimentando el mismo resultado. Comenta que se siente impotente cuando sucede que se prepara para los exámenes, pero se pone nervioso, se le apoya a indagar en su significado de impotencia, dice "según yo es que uno siente que

no puede hacer algo o que está limitado a hacer algo", se le refleja y se le solicita evidencia en su vida de ese significado. Responde que "la última vez que lo sentí era algo conmigo, me sentía como apuntado, señalado y yo no podía hacer nada", se evidencia retroflexión y deflexión, al igual que la estrategia de evitación. Dentro de las palabras que utiliza menciona "desesperado" se le invita a evaluar utilizar el otro polo y cuáles serían sus resultados desde ahí, manifiesta que "primero que nada dejar de atacarme a mí mismo diciendo que no voy a poder que no soy capaz. También aprender a estudiar y no procrastinar, me sucede como si fuera una orden, primero mentalizo y después procrastino". Se le propone profundizar en esa forma de mentalizar, completa diciendo "me mentalizó en que voy a fracasar, en que no lo voy a lograr, esa es como mi mentalidad".

Se aprovecha el tema actual para indagar como es su funcionamiento en la vida dentro de los videojuegos, refiere que "soy jugador profesional y he hecho competencias y estaba en el top a nivel Latinoamérica", se indaga en la experiencia de llegar a ser profesional en el juego era de imperio, responde "reconozco que soy demasiado sistemático, con todo y por eso me gustan los juegos de estrategia, los que me puedan dejar ordenar las cosas. Tuve el sueño de ser profesional y cree un plan, analizaba mis partidas, analizaba lo que hacía mal, el orden en el que hacía las cosas y antes de empezar otra partida, escribía que hacía mal y en qué debería ser mejor", "llegue a una puntuación de 1900, que es cercana a los 2000 que se requieren para ser jugador profesional, ya estaba cerca pero me estancué por mucho tiempo porque empecé a hacer lo mismo", se le solicita que vuelva a decir eso para que tome consciencia de lo que ha comunicado. Se utiliza toda esa experiencia para trabajar la posibilidad de la planificación como estrategia de afrontamiento, la confrontación, la importancia de concluir las experiencias, no procrastinar, se le invita a transpolar esa

experiencia pasada a su situación actual. Se refiere con miedo a que le funcionaría, dice que se encuentra confundido a lo que se utiliza un resumen de lo que ha comunicado, logra tomar consciencia de que lo desea, pero tiene miedo de los resultados, a la independencia y a la autogestión. Se le propone que cree un plan durante la sesión para tratar de solventar las situaciones estresantes actuales, a lo que responde muy bien. Se realiza psicoeducación acerca de tomar consciencia de los procesos para alcanzar resultados, también de la importancia de las acciones para contactar con los satisfactores deseados.

Se procede a realizar un experimento en donde describa las cosas que tiene en frente de sí mismo, lo logra hacer muy bien, se le pide que amplíe las características que observa, una vez termina se le cambia la instrucción a que aplique el mismo principio a aquellas situaciones estresantes y como puede ampliar sus opciones de responder. Comenta que "antes era joven y me hacía ilusión, la pregunta es a dónde se fue la ilusión", se realiza una devolución en relación a cuestionar si la ilusión o motivación tiene que ver con la edad, se le invita a indagar acerca de sus motivaciones actuales, responde "mi meta sinceramente ahorita es empezar a vivir mi vida como yo quiero vivirla", se promueve la expresión, "haciendo lo que me gusta, quiero dedicarme a la química y a la música, ya encontraré un balance, de eso no me quiero preocupar mucho, quiero valerme por mí mismo y sentirme bien conmigo mismo". Se continua promoviendo la comunicación y dice "no necesitar tanto de la aprobación de mi familia o depender de ellos económicamente", también se indagan las otras áreas que considera importantes, destaca los amigos, la relación de pareja, comenta "vivir ahora creo que depende mucho de lo emocional porque ahorita tengo miedo, quiero sanar cosas que tengo con mi familia porque siento que eso me ata", se realiza una devolución acerca de las emociones y la responsabilidad de ellas en nuestro campo, "imagino que los

otros no deberían tener ese poder porque al final es mi vida, crecí con muchas ideas negativas, no los culpo, tuvieron que trabajar para darnos lo mejor, tampoco mi tío tenía la obligación de reconocermme porque no soy su hijo", "quería ser reconocido tal vez, es lo que me hubiese gustado, ser tomado más en cuenta".

Posteriormente se indaga acerca de aquellas cosas que requiere sanar, dice "lo más lejano y lo que me hace sentir triste son las peleas, peleaban muy fuerte, eran gritos e insultos, y a veces hasta golpes por parte de los dos", se le apoya a ubicar la experiencia y se retoma la metáfora de la sesión pasada de la mochila llena de culpas. Se le invita a conectar emocionalmente con esa experiencia, refiere que la primera emoción que le genera es miedo, se le hace un reflejo del cambio de tono de voz. Agrega que siente culpa, temor, rencor, y se refiere a sus padres únicamente. Se propone una silla vacía con el PBM de hace unos años, y se promueve la comunicación, responde "no es mi culpa, no me va a servir de nada guardar rencor, lo único que me trajo fue más problemas, está bien sentir miedo, pero no dejes que eso te domine, no dejes que ese sea tú pan de cada día", y después se le invita a comunicar cambiando de silla, "tal vez solo hubiera llorado, mi reacción a eso sería así porque me hubiese sentido reconocido por mí mismo. Creo que le diría gracias por hacerme recordar que no fue mi culpa y que voy a estar bien". Luego se trabaja una nueva silla con una proyección a 10 años, se le solicita que describa cómo se visualiza en el futuro, destaca características favorables en relación a empleo, vivir, la música, matrimonio y hace énfasis en una compañera. Se le invita a que el futuro yo comunique, "me diría a mí mismo que lo logramos, logramos por lo que estuvimos luchando, uy me ganaron las lágrimas con eso", se le apoya a completar la comunicación, "diría que siguiera siendo yo mismo, que sea constante y que nunca pierda la esperanza, porque eventualmente voy a llegar ahí, me falta recorrer

camino". Se realiza el cierre del experimento y él se permite tomar consciencia de aquello que desea, de sus sueños, metas y se encuentra aún en búsqueda de respuestas.

Por último, se empieza a crear una propuesta para trabajar en todo lo que ha surgido, sin distanciarse del enfoque de la Gestalt. Se realiza una síntesis y se fortalece la relación terapéutica.

Técnicas utilizadas	Experimento, expresivas, integrativas, supresivas, humanistas, relación terapéutica y psicoeducación
Bloqueos gestálticos	Introyección, proyección, desensibilización, retroflexión y deflexión
Cambio terapéutico	Zonas de consciencia, autoapoyo
Valores	Pasión, diversión, evolución, independencia, reconocimiento y unión
Estrategias de afrontamiento	Evitación, confrontación y aceptación de la responsabilidad
Factores de depresión	Autoestima, estrés, familiares y académicos
Síntomas depresivos	Culpa, falta de interés, retraso psicomotor y tristeza

**Sesión 4. Formación de figura / Proyección. Objetivo:** Fomentar la capacidad de darse cuenta de las necesidades a través de la exploración de las zonas de relación. \*\*Reconocer el impacto de los pensamientos en lo físico. \*\*Comprensión de formas de interrumpir la identificación de necesidades. Valoración de las necesidades propias. (Área Cognitiva, Social, Familiar).

**Tabla 9** Formación de figura / Proyección

Actividades	Estrategias de intervención	Materiales de apoyo	Estrategias de registro
Se realizará una breve explicación de la fase de Formación de la figura del ciclo de la experiencia con su respectivo bloqueo. Se propondrá un experimento enfocado en trabajar en el desarrollo de la fase explicada. Uso del proyector	Técnica de respiración diafragmática y contemplación. Trabajo con la distinción de zonas de relación. Énfasis en la zona media. Salama	Pizarra Marcadores Bocina Computador Proyector	Cuestionario cualitativo HAT modificado (Anexo 5) Cuaderno de bitácora (Anexo 8)
Se solicitará que con los ojos cerrados cree una figura de plastilina y después genere una historia de la figura. Se realizará un juego de roles de manifestación directa y honesta de	Identificación de introyectos que causen somatización. Salama Técnica expresiva (Maximización de expresión) Ejercicio de jerigonza (Toma de consciencia de la comunicación)	Bocina Plastilina Hojas de test	

---

necesidades. Se simularán varias relaciones importantes. Se evaluará de forma cualitativa el resultado de la sesión usando el HAT.

---

*Fuente: Elaboración propia.*

## **BAN**

Comienza la sesión manifestando que se encuentra estresada por la escuela, menciona el malestar que presenta por las clases virtuales y la falta de comprensión por parte del docente de las circunstancias actuales. Se aprovecha para trabajar en las estrategias de afrontamiento posibles para atender su necesidad y toma consciencia de la confrontación como posibilidad. Se indaga acerca de su estado emocional a lo que responde que ha estado bien. Se inicia trabajando con la confianza en sí misma por decisión de ella, a lo que se propone una descripción de sus significados al respecto, lo relaciona con el ámbito académico, pero se refiere a que no comunica lo que realmente piensa y siente, dando cuenta al bloqueo de retroflexión y confluencia en forma bionegativa. Se le propone realizar una valoración de aquello que hace diferente a los demás con el fin de que forme la figura de sí misma en relación con el tema, logra identificar formas de responder basadas en autocontrol y planificación que han sido favorables para su desempeño académico. Se utiliza una figura pública que ella aprecie para lograr proyectar las características que admira y quizá desea, esto facilita la toma de consciencia de formas de responder de otros que pueden ser adoptadas para la obtención de resultados. Esto se trabaja a partir de una silla vacía con Amalia Hernández que es una bailarina que ella admira, en la que se promueve el dialogo para aumentar la toma de consciencia toma de decisiones, lo necesario para el cambio y después al cambiar de silla se evidencia el cambio terapéutico de la apropiación de los deseos, comunica "me gustaría que las cosas fueran mejores, que fueran más positivas". Se utiliza la

clarificación para que pueda formar la figura que desea e identifica que a veces le da más peso a lo negativo y eso la limita para el cambio, también menciona que "tienes que creértelo y ya después puedes hacer que alguien más lo crea", esto da cuenta de una formación de figura biopositiva. Se hace una vinculación de esos cambios que espera con la experiencia inicial relacionada con el docente, se le solicita que adopte esa postura para tomar consciencia de aquella forma que ella usaría para responder, se le invita a evaluar esas formas en las situaciones estresantes actuales, logrando un aumento en la toma de consciencia de su zona media en donde destaca que "lo que tengo muy feo es que me frustro cuando no siento que voy al paso de los otros".

Se trabaja en los bloqueos de confluencia e introyección utilizando a la figura pública mencionada anteriormente, cuyo resultado es que toma consciencia de la importancia de "ser fiel a tu instinto, solamente tú sabes cuál es la mejor decisión y cuál sería el mejor cambio", eso refiriéndose a ella, se le refleja el uso de comunicación en primera persona para tomar la responsabilidad de lo que comunica. Se confronta la forma en la que realmente cree en las palabras que dice y se indaga en esos momentos en los que no aplica para ella. Vuelve a tomar consciencia de que se anticipa a resultados negativos y eso le detiene, se procede a usar el dialogo socrático para promover la toma de consciencia de sus introyectos que desfavorecen la confianza en sí misma. También se identifican las formas favorables que utiliza para solucionar conflictos internos o mentales, trae la danza como factor protector a la sesión. Se usa esa expresión para encuadrar de forma favorable un introyecto propio que le permita usarlo de forma biopositiva a lo que responde "me enfoco en disfrutar más". Se indaga en el significado de disfrutar y los beneficios que podría causar en sí misma si frecuente esa forma de responder ante eventos estresantes, a lo que muestra cambio

terapéutico en su área cognitiva y emocional identificando como resultado "no tendría frustración, tendría un nivel bajo de estrés". Se confronta esa comunicación con lo que realmente quiere de la relación con el docente de la historia del comienzo de la sesión. Logra identificar formas de haber respondido distinto a ese evento y el bienestar que eso le hubiese causado. Sin embargo, se muestra renuente usando una estrategia de evitación, para lo que se usan parafraseos y reflejos para promover la comunicación. A este punto de la sesión ya considera otras opciones como formas que pudo haber ejercido para el momento en el que tuvo una necesidad insatisfecha. No obstante, manifiesta que al intentar cosas nuevas le ha salido contraproducente. Se utiliza su carrera como metáfora para encuadrar la importancia de la constancia y la práctica para obtener resultados. También se trabaja en la polaridad de convencional versus poco convencional, para lo cual se trae la danza como ejemplo de aquello que es importante para ella y simboliza flexibilidad dado que lo utiliza en muchas situaciones de la vida para solventar distintas situaciones estresantes. Se encuadra la danza en el aquí y ahora para favorecer la toma de consciencia de su forma de usar estrategias de afrontamiento, se evidencia el autocontrol y una forma biopositiva del bloqueo de introyección. El ejemplo utilizado por ella es que en un momento de decisión se confrontó con el espejo y tuvo un reconocimiento de su valor y de ahí partió la decisión de abandonar la compañía que le causaba malestar. En este momento entra en contacto con aquello que no merecía y logra externar su malestar de forma amplia, abierta y emocional, el momento de cambio en su toma de consciencia fue cuando comenta que "dejé mi opinión, dejé que me importara por la de otra persona sabiendo que dije que nunca iba a hacer eso". Se le propone profundizar en la emoción y maximizarla. Y es aquí la primera vez en la que comunica que siente coraje y logra ubicarse en el tiempo en el que se exacerbaban sus síntomas de tristeza -6 meses antes- y cómo cambió su forma de pensar en cuanto a la influencia externa, refiere

que "trato de valorar mi opinión, pienso algo y apenas me voy encarrilando, me dicen algo y me desvío". Posteriormente hace una valoración de la primera sesión en donde se evidencia un cambio terapéutico en su zona media, dice " pierdo mi atención, soy demasiado extrema pero no sé, escucho más a otras personas que a BAN", a lo que se refleja la forma de referirse a sí misma como en tercera persona, a lo que responde "lo hablo en tercera persona porque me siento como que ya no soy, estoy tratando de volver a ser esa persona, pero mucho mejor".

Procedemos a trabajar en el experimento de la sesión que está relacionado con completar la frase "yo no merezco" y se destaca "yo no merezco injusticia", a lo que se le invita a contactar con la emoción y ella propone ubicar a la persona en frente como en silla vacía. Refiere "No merezco sus gritos, su exigencia, rechazo, maltrato, que me diga que no soy buena y que no merezco estar aquí". Se le invita a completar la expresión y dice "me creía todo lo que me decía, sentía que lo merecía, la tenía en un pedestal", para cerrar finaliza comunicando "deseo y espero que en su vida reciba el mejor de los tratos y que todo lo que haga le vaya bien". Se le invita a cuestionarse acerca de lo que diría su yo del pasado al ver que se permite la comunicación de eso, responde "tiraría confetis, ya era hora, justo y necesario". Se hace una transformación del experimento en donde la BAN del pasado le comunica a la del presente lo que sí merece, manifiesta "merezco tranquilidad, que me acepten tal cual, merezco brillar, ay no puedo dejar de llorar". Después de esa expresión se guía a crear un ancla de ese momento, ella elige una vuelta de plato que simboliza a la BAN merecedora. Por último, se indaga en el sentir después del experimento y los aprendizajes de la sesión. Queda de tarea para los dos ver la película *Burlesque*.

Técnicas utilizadas	Experimento, expresivas, integrativas, supresivas, humanistas, relación terapéutica y psicoeducación
Bloqueos gestálticos	Introyección, proyección, desensibilización y confluencia

Cambio terapéutico	Zonas de consciencia, autoapoyo
Valores	Justicia, amor, tranquilidad y merecimiento
Estrategias de afrontamiento	Reevaluación positiva, confrontación, autocontrol y distanciamiento
Factores de depresión	Autoestima, académicos, estrés e interpersonales
Síntomas depresivos	Alimentación, culpa, fatiga y tristeza

## **PBM**

Comienza la sesión indicando que ha tenido una infección en la garganta, manifiesta que desde muy pequeño le sucede, sin embargo, se hace revisar para descartar covid-19, ha ido constantemente al médico. Dentro del diálogo llama la atención cuando dice "la doctora dijo que era muy joven para sufrir de la presión", se le hace una devolución relacionándolo con la presión que ha manifestado en sesiones anteriores, comenta que a pesar de que una es de la salud física la otra claro que influye. Se inicia a profundizar en las formas en las que manifiesta al ser presionado, dice "agresivo, tal vez me llegue a sentir cansado, cosas así, no es agresivo es más bien tenso, no reacciono con tranquilidad". Se ubica la presión en el momento presente para favorecer la toma de consciencia en el aquí y ahora, comenta "podría decir que me he sentido bien, es la emoción más fuerte que tuve en la semana, ya estoy empezando a hacer algo más por mí mismo, estoy bañándome con más frecuencia, hago ejercicio de nuevo, ya duermo más temprano", se valida su experiencia y sus avances. Se continúa indagando acerca de esos avances y comenta "a partir de la última sesión he tratado de ser menos duro conmigo, de culparme menos, de hecho el sábado tuve una situación con mi madre la cual me molestó mucho, lo sentía como un chantaje y no es culpa mía, me voy a enojar y no voy a actuar de la mejor manera y ya me tuve que tranquilizar", se le invita a revisar que fue lo que le funcionó para regularse y qué hizo, "mi primera reacción no fue la mejor y también le dije que no me gusta que diga eso porque me hace sentir como que de

verdad busca formas de molestarte", manifiesta que siente que ha estado dando pequeños pasos de verlo de otras formas, sin culpar a alguien y en vez de culpar buscar acciones resolutivas. Se valida la experiencia y se trabaja en la importancia de buscar alternativas y reconocer su cambio al confrontar las situaciones. Refiere que "siento que avancé porque decidí yo, ya siento que estoy haciendo algo por mí mismo, el siguiente paso que quiero dar es buscar empleo en algo que me guste. Creo que es muy pronto todavía nos quedan 5 sesiones más, pero siento que ya estoy progresando", se procede a realizar una síntesis de las historias que ha comentado versus los cambios terapéuticos mencionados.

Se procede a trabajar en el experimento de la sesión, se le solicita que identifique una persona que admira, escoge a su amiga con la que juego videojuegos y tiene conversaciones íntimas, se promueve la comunicación de características que considera valiosas en ella, destaca lo resiliente, lo fuerte, decidida, comprometida y lo confiada. Se le propone que utilicemos eso como parte del experimento, se solicita que forme la figura de ella en su mente lo más detalladamente posible, lo cual se le facilita. Después se le invita a realizarle preguntas, la que elige es "¿cómo le haces?", se le invita a utilizar una silla vacía para responder y dice "las cosas del pasado fueron lo único que tengo, ahora es el presente". En consecuencia de ese trabajo se propone trabajar la polaridad de resiliente, él lo refiere como alguien que se estanca, se le apoya a comunicar cómo es él cuando se siente estancado, "estoy estancado cuando me culpo y en lugar de buscar respuestas o acciones me quedo ahí sin hacer algo diferente", se retoma el experimento pasado de observar objetos del campo, se propone realizarlo nuevamente, identifica unos audífonos y comienza a describirlo y a destacar su utilidad, se le brindan alternativas de uso, responde "también podría desarmarlos", ahora se traslada esa experiencia al momento de asignarse características y formas de ser a él mismo,

dice "quiero elegir las cosas que admiro de mí como la resiliencia", se aprovecha eso para lograr integrar esa parte y se le pide buscar la evidencia en el pasado de ser resiliente y ubicarse en esa experiencia. Se hila todo este trabajo con el evento reciente de haber tenido una conversación diferente con su madre, se trabaja de forma proyectiva permitiéndole identificar el sentir del otro. Se trabaja la polaridad de espectador y participante para favorecer la toma de consciencia de aquello que ha funcionado en ese evento. Se realiza un resumen de los resultados obtenidos desde el sábado después de haber elegido responder de una manera distinta y su sentir al respecto. Se promueve la comunicación y responde "sé que no es mi culpa el dolor que cargamos todos, pero siento que es parte de mi responsabilidad, sanar lo mío y guiar a los demás a sanar lo suyo, motivarlos a que no sea obligado, decirles que vayan a terapia", aquí se muestra un cambio terapéutico en relación a la culpa y el mantenimiento del síntoma, también un indicio de la relación terapéutica consolidada.

Se procede a que él identifique los cambios que ha tenido desde la primera sesión hasta el momento, refiere que "ganas yo creo que las ganas de hacer algo diferente", se evidencia un uso biopositivo de deflexión y también la estrategia de afrontamiento de confrontación.

Por último, se hace el cierre de la sesión en búsqueda de consolidar todo lo trabajado, se le realiza una validación de todo el camino recorrido hasta el momento y se prepara el terreno para la recta final de la intervención.

Técnicas utilizadas	Experimento, expresivas, integrativas, supresivas, humanistas, relación terapéutica y psicoeducación
Bloqueos gestálticos	Introyección, desensibilización, proyección, confluencia y retroflexión
Cambio terapéutico	Zonas de consciencia, autoapoyo
Valores	Amor, decisión, salud, fortaleza y agradecimiento
Estrategias de afrontamiento	Confrontación, reevaluación positiva y aceptación de la responsabilidad

Factores de depresión	Estrés, familiares y salud/covid-19
Síntomas depresivos	Ninguno

**Sesión 5. Movimiento de la energía / Introyección. Objetivo:** 1) Favorecer la toma de consciencia de la administración de recursos personales y estrategias de afrontamiento.

**Tabla 10** *Movimiento de la energía / Introyección*

Actividades	Estrategias de intervención	Materiales de apoyo	Estrategias de registro
Se realizará una breve explicación de la fase de Movimiento de la energía del ciclo de la experiencia con su respectivo bloqueo. Se propondrá un experimento enfocado en trabajar en el desarrollo de la fase explicada. Se realizará una línea del tiempo en donde se identificarán los hitos de vida y los introyectos que obstaculizan. Se evaluará de forma cualitativa el resultado de la sesión usando el HAT.	Técnica de respiración diafragmática y contemplación. Identificación de introyectos revisando la Cadena Generacional Neurótica. Salama  Técnicas expresivas (Completar la expresión). Naranja Trabajo de frases incompletas (Yo debería...Yo tengo que...)	Pizarra Marcadores Bocina Computador Bocina Hojas de test	Cuestionario cualitativo HAT modificado (Anexo 5) Cuaderno de bitácora (Anexo 8)

*Fuente: Elaboración propia.*

## BAN

Se inicia reconociendo el esfuerzo de mantenerse puntual hasta esta sesión, eso permitió afianzar la relación terapéutica, se hace un punto de chequeo de la bitácora, refiere que ha sido aplicada al diligenciarla, sin embargo, la última sesión fue impactante, comenta que "cada vez que me acordaba me daba mucho sentimiento, entonces empezaba y como que la dejaba". Se refleja la forma de evitar el contacto con aquello que causa emociones. Se profundiza en los sentimientos experimentados, menciona que "como que mi corazoncito se quebraba", refiere que le dio cierre a esa etapa, es decir se resolvió un asunto inconcluso, "creo que le di un término a esa etapa, como que no podía cerrar bien el ciclo, entonces fue importante", se evidencia un uso biopositivo del bloqueo de fijación al poder completar la

experiencia. Reconoció la importancia de haber utilizada la silla vacía para el desarrollo del experimento de la sesión pasada. Se realiza el encuadre de la película resaltando la importancia de revisar los introyectos y tomar decisiones respecto a cómo desea que sean sus creencias, también se resaltan las estrategias de afrontamiento evidenciadas en la protagonista que cobran relevancia para la participante. Ella pudo identificar en una de las participantes la experiencia que cerró la sesión anterior, "le hace la vida un poco imposible y pues me recordó muchas cosas, me sentí identificada". Empieza a contar una anécdota relacionada con otra compañera de la compañía de baile a la que pertenecía y permitió evidenciar estrategias de afrontamiento de confrontación y aceptación de la responsabilidad, también un uso biopositivo de retroflexión y confluencia, "yo le dije a la maestra no más para aclarar que algo personal se habla afuera y esto es un grupo, o sea a mí nadie me tiene que decir que me tengo que llevar bien con una persona que no me da nada positivo". De ahí partimos a reconocer personajes en su vida que tienen peso en sus decisiones, refiere que "la maestra tiene más peso, pero debería tener más peso yo". Se rastrean los introyectos relacionados con esa situación y refiere que "creo que como me hacen sentir, o sea uno sabe que es así, pero ellos te dicen que no, entonces el problema es la manera en la que lo dicen", se evidencia un uso bionegativo de proyección e introyección. Se promueve la expresión y logra tomar consciencia de los efectos de cuando algunas personas hablan en modos con los que no está de acuerdo. "Yo me paralizó cuando alguien grita, gritan y no más yo quiero salir de ahí", es una forma en la que se presenta la evitación como estrategia y una forma bionegativa de deflexión basada en un introyecto. Se indaga acerca de las personas con las que le ocurre dicha situación y se trabaja en las figuras de autoridad y aquellas a las que le otorga ese atributo. Refiere que sólo le ha pasado con los maestros y un evento cuando tenía 4 años aproximadamente, se profundiza acerca del impacto en la actualidad de dichos eventos

a lo que responde que siente temor y desesperación. Se propone conectar con esa experiencia y las sensaciones, no lo logra fácilmente y se permite reconocer que ya no es esa niña que no puede hacer o decir, comunica "ya no necesito que me abran las puertas, yo las puedo abrir. Se psico educa acerca de la importancia de trabajar los asuntos inconclusos, también de las posibles reacciones emocionales y somáticos que eso acarrea. Logra tomar consciencia de cómo funcionan los introyectos y el efecto que tienen en nuestro comportamiento, a lo que comunica "cuando estamos grandes ya discernimos que es lo que es útil de lo que no".

Se procede a realizar un experimento indagatorio acerca de los introyectos relacionados con los roles que tiene como persona, se le solicita que comunique los debería que le vengan a su mente pensando en los roles de estudiante, hermana, hija, prima y novia, dichos roles fueron escogidos por ella. Los que identifico y son relevantes fueron "deberías saber del tema antes de aprenderlo", "ser correcto, pulcro, no responderle al maestro", "saber de todo un poco, tener las metas claras". Se le invita a cuestionarlos utilizando la pregunta "¿Según quién? y también si está de acuerdo y reconoce como propios esos introyectos. Toma consciencia diciendo "creo que ninguno es mío, son todo lo que me han dicho que debería ser así". Posteriormente se le solicita que complete los otros roles, al trabajar con la hija comunica "tengo que cuidarlos, hacer comida, no salir tarde con amigos, no salir a bares, no ir a casas ajenas, no estar tan tarde afuera, tengo que lavar, tengo que alzar". En el caso de rol de hermana "siempre tengo que estar apoyando ser respetuosa no puedo ponerme de mal genio, si siempre tengo que estar bien con ellos, no puedo dar la espalda". En el de prima "tengo que entenderlo, quererla y cuidarla. Para finalizar el experimento se le solicita que elija aquellos que sean sintónicos con ella, y también reformular algunos de ellos de una forma más favorable. Se le sugiere hacerlo en un espacio extra a la terapia para que pueda

escoger con calma. Por último, se realiza el cierre de la sesión con los aprendizajes y refiere que "me siento bien, me he identificado yo como BAN, como mi propia persona".

Técnicas utilizadas	Experimento, expresivas, supresivas, humanistas, relación terapéutica y psicoeducación
Bloqueos gestálticos	Introyección, confluencia, deflexión, proyección y retroflexión
Cambio terapéutico	Zonas de consciencia, autoapoyo
Valores	Agradecida
Estrategias de afrontamiento	Evitación y distanciamiento
Factores de depresión	Familiares y estrés
Síntomas depresivos	Tristeza

### **PBM**

Se retoma en esta sesión su estado de salud para evaluar los riesgos de covid-19, ya se encuentra mejor y reconocer que su mismo estrés generó que su estado de salud disminuyera y aumentara su preocupación. También recibió tratamiento para la amigdalitis y ya se está recuperando. Se indaga acerca del estado de ánimo, comenta "me estaba sintiendo bien y sólo tenía una inseguridad que se me despertó acerca con las carreras universitarias, he estado reflexionando que es lo que se aprende y si eso se aplica", se le invita a profundizar en la inseguridad y tiene que ver con su reconocimiento de capacidad. Se realiza psicoeducación acerca del conocimiento adquirido en la secundaria y preparatoria, y cómo no se usa explícitamente, pero sí desarrolla capacidades. Se utiliza de ejemplo la biología dado que es un área de su agrado para poder ejemplificar los beneficios del conocimiento de forma implícita. Continuando con la inseguridad refiere "hay cierta área que no se me da bien y pues me crea inseguridad, son las matemáticas. Es un poco complicado para mi recordar todo", se utiliza la coincidencia de haber atinado con las matemáticas para hacer un chiste que afiance la relación terapéutica. Posteriormente se enlazan las matemáticas con los videojuegos y la estrategia, se le apoya a que reconozca en qué momentos las ha utilizado y

a lo mejor no ha tomado consciencia de ello. Comenta que "lo que puede funcionar es aprender a aprender, tal vez no tener esos conocimientos todo el tiempo, pero tener como las habilidades para que en cualquier momento yo me ponga a revisar el cuaderno, agarrar un libro y recapitular", se evidencia una forma favorable de toma de consciencia de la zona media. No obstante se realiza una devolución en relación con la toma de responsabilidad de aquello que es capaz de hacer, responde "a veces pienso que si podría aplicarlo, o sea si yo voy a ser capaz con todo lo que he aprendido de utilizarlo para algo más", se le pregunta directamente si considera que es capaz, "supongo que si, inevitablemente he sido capaz de utilizar muchos conceptos básicos", después de reconocer que la capacidad está conservada se indaga nuevamente acerca de la inseguridad, y comenta "a que no lo haga bien, a fracasar". Nuevamente emerge el fracaso y se profundiza, se indaga la frecuencia de fracasos, la forma del sentir y se aplica una técnica supresiva para que se apropie de lo que está comunicando. Se psicoeduca en la importancia de referirse en primera persona de lo que le corresponde. Continuamos trabajando en la experiencia de fracaso y se amplía su experiencia, dice que aprende más del fracaso, entonces se confronta la idea de tenerle miedo, y se profundiza en cuánto peso carga al respecto. "bueno son bastantes cositas, o sea unas 60 sin contar las malas calificaciones. No sé unos 100kg", se le apoya a conectar con el sentir ese peso, refiere "es muy molesto y pesado", se utiliza una metáfora relacionada con la basura que no se recoge.

Se procede al experimento para trabajar en los introyectos, se le solicita identificar los roles con los que se siente identificado, escoge estudiante, amo de casa, hijo y hermano. Comenzamos por los deberías del estudiante, dice "aplicado de buenas calificaciones", se apoya a identificar las personas de donde provienen, refiere que, de sus padres y tío, se promueve completar la expresión, "debe ser responsable con todo, debe saber de todo quizá",

se realiza una devolución para evaluar si cree en algo de esas creencias, "nada, no creo nada de eso, se me hace un poco de mal gusto que eso sea parte de una obligación". Se continua con el rol del hijo, "tú debes ser responsable, debes ser un ejemplo", con el rol de hermano, "ser el ejemplo, cuidarlos". Se indaga acerca de su darse cuenta en este trabajo, dice " yo pienso que no podemos ser buenos en todo y está bien simplemente aceptar eso, creo que dentro de las familias o eres el mejor o no eres nadie a veces, puede verse de esa forma, yo no soy bueno en ciertas cosas, pero no quiere decir que no me pueda esforzar un poco más para mejorar", se aprovecha para psico educar en el ciclo de la experiencia y cómo puede tener efectos el reconocer las fases y recuperar la autonomía. refiere un ejemplo de comprensión en donde hace la relación del introyecto de "no subir los brazos a la mesa" y se utiliza para ejemplificar el bloqueo que se genera al mantener ideas y comportamientos distónicos al yo. Manifiesta "que raro eso es como poco natural, no es algo propio de mí", se promueve la comunicación y destaca como lo que es visto socialmente lo detiene, pone como ejemplo el llorar y expresarse, "batallo mucho en ser expresivo, como me enseñaron a no ser expresivo, a no quejarme, a no llorar, que eso es lo que hace un hombre, se amarra los pantalones, las cosas que me molestan o que me hacen sentir mal, algo que me impusieron", se evidencia como toma consciencia y usa de forma favorable los bloqueos de confluencia e introyección. Se realiza una devolución acerca de tomar la responsabilidad de sus introyectos y se le apoya a comunicar, dice "elijo ser expresivo, llorar, que si algún día tengo hijos dejarles entender que pueden hacerlo o no, ninguna de las dos muestra debilidad y no te hace menos hombre ni nada de eso".

Se procede a sintetizar e indagar qué pasó con lo que venía a trabajar, responde "está bien no siempre pasarlas con 10 o algo así", "creo que lo importante es anteponer un poco

más mis creencias en lugar de lo que tengo impuesto, o sea hay que respetar la voluntad de los demás pero es decisión mía vivir como a mí me place", "no es mi responsabilidad ser su padre pero sí será un buen ejemplo", se le pregunta nuevamente acerca de la inseguridad "yo creo que está bien aceptar que no puedo ser obtener este conocimiento todo el tiempo", se valida la experiencia y los aprendizajes, se procede a realizar el cierre de la sesión, se psico educa acerca del ciclo de la experiencia, y se hace una síntesis de toda la sesión y la importancia de tomar decisiones basadas en la toma de consciencia.

Técnicas utilizadas	Experimento, expresivas, supresivas, humanistas, relación terapéutica y psicoeducación
Bloqueos gestálticos	Introyección y proyección
Cambio terapéutico	Zonas de consciencia, autoapoyo
Valores	Responsabilidad
Estrategias de afrontamiento	Confrontación y aceptación de la responsabilidad
Factores de depresión	Académicos, autoestima, estrés y salud/covid-19
Síntomas depresivos	Falta de interés

**Sesión 6. Acción / Retroflexión. Objetivo:** Facilitar la activación conductual para la satisfacción adecuada de necesidades. \*\*Dirigir las acciones hacia las verdaderas necesidades. \*\*Aceptación de la capacidad del organismo para autorregularse. (Área conductual, Social).

**Tabla 11** Acción / Retroflexión

Actividades	Estrategias de intervención	Materiales de apoyo	Estrategias de registro
Se realizará una breve explicación de la fase de Acción del ciclo de la experiencia con su respectivo bloqueo.	Técnica de respiración diafragmática y contemplación.	Pizarra Marcadores Bocina	Cuestionario cualitativo HAT modificado (Anexo 5)
Se propondrá un experimento enfocado en trabajar en el desarrollo de la fase explicada.	Técnicas supresivas (No manipulación). Naranja	Computador Proyector	Cuaderno de bitácora (Anexo 8)
Se realiza un trabajo de dos sillas en donde se trabaja la integración de la polaridad (Uso de proyector y bocinas) y las frases incompletas.	Trabajo en polaridad Temor (fantasía) vs Miedo (real). Salama	Bocina Hojas de test	
Se solicita que realice una postura corporal incómoda y que experimente	Trabajo de frases incompletas (Yo mejor me agunto...Yo me lo guardo...)		

---

emociones, pensamientos de acciones demandadas por otro. Se evaluará de forma cualitativa el resultado de la sesión usando el HAT.

Acción demandada por el terapeuta. (Formación de introyectos). Salama

---

### *Acción / Retroflexión*

*Fuente: Elaboración propia.*

## **BAN**

Comienza la sesión manifestando que ha tenido dolor de garganta y que el fin de semana estuvo triste, sin embargo, logró gestionar su emoción, se intenta profundizar, pero deflecta. Se usa una técnica expresiva para promover la comunicación, pero no fue efectiva, entonces se intenta con imaginación guiada -identificación de temas en una biblioteca- para promover la identificación de aquello que desea trabajar en la sesión. El resultado es que desea trabajar en la experiencia de "ayudar a los demás", se le invita a profundizar y comenta un evento reciente en donde trató de ayudar a alguien, pero fue rechazada y manifiesta que sintió descontento. Se usa una técnica expresiva dado que hubo una inflexión en la voz, completa la experiencia del evento en donde manifiesta desagrado por sus amigas mujeres, lo conecta con la experiencia que le entristeció del fin de semana de la que no quería hablar, dijo "estaba muy triste, pero a la vez sentí mucho enojo, yo estaba triste porque estaba muy enojada", se tomó como una forma biopositiva de desensibilización y proyección. Se empieza a hacer una descripción de la forma en la que comunica su tristeza en las diferentes dimensiones, no le resulta fácil, responde "ausencia de felicidad, ausencia de algo que nos causa felicidad", se realiza psicoeducación acerca de las emociones y el posible propósito de cada una. Se indaga acerca de las consecuencias de enojarse, dice "aquí en la casa me dicen, así como, usan la frase de eso no va de ti". Se retoma el tema de introyectos, se le invita a que intente transformar el debería en una forma funcional, comunica "expresarme", se revisa

la cantidad de emociones almacenadas y se procede a hacer una descripción de su forma de estar triste corporalmente. Se da el permiso a sí misma de conectar con la experiencia y responde "normalmente quiero estar acostada en una posición, quiero estar hecha huevito, con las rodillas en el pecho, esa posición me ayuda a tranquilizarme", se continúa con la exploración, se dirige la atención al cuerpo y refiere "la siento casi siempre en la garganta, siento como una bolita en la garganta". Después se le invita a realizar el mismo proceso con la rabia, refiere que "con la rabia tengo que moverme, no puedo estar quieta", se promueve la comunicación de lo somático y fisiológico, dice "creo que tengo eso de la mirada que mata, en el cuerpo hago los movimientos más cortados", también se profundiza en las acciones que toma cuando se encuentra en ese estado emocional y manifiesta que "me pongo a hacer ejercicio o a bailar con movimientos bruscos", menciona que eso le sucede con la rabia pero que la tristeza si la puede expresar. Se profundiza en lo corporal, manifiesta pesadez cuando no puede expresar y los precios de mantenerla reprimida.

Se propone realizar un experimento que facilite el contacto con lo que causa bienestar y lo que no, se le solicita ubicarse de puntas creando tensión e incomodidad mientras continuamos hablando, al finalizar manifiesta que "se siente incómodo pero que no cree que el ejercicio haya funcionado con ella", a lo que se le hace una devolución acerca de cómo le agrada el dolor y el sufrimiento vinculado a las emociones, se le pregunta acerca de la habituación al dolor y deflecta diciendo "creo que tengo la respuesta pero no la puedo decir", se apoya la comunicación a través de reforzamiento de la relación terapéutica y la importancia de que ella tome consciencia, no que el terapeuta entienda. Refiere que "no me han escuchado, me he acostumbrado a cargar el enojo porque no me escuchan", a través del dialogo socrático se describe el proceso de la comunicación de inicio hasta ser escuchada.

Hace énfasis en que las personas a su alrededor deflecan las conversaciones con ella, sin embargo, se confronta la cantidad de intentos de comunicar y los precios que paga por quedarse callada, y responde con tristeza "Ya dejé de intentarlo, antes era todo el tiempo, pero ya no. Me siento mal". Se usa una técnica expresiva para intensificar el contacto con la emoción. Se da el permiso de externar su malestar, las razones, las emociones y su forma de responder. Aparece nuevamente su deseo de recibir el apoyo de su madre y se realiza una silla vacía para favorecer la expresión acerca de esa relación, comunica "le estaba diciendo que me sentía triste y ya me dijo, es que tú sabes. Me hace sentir triste que me diga que con ella no puedo como se supone que tienes que ser con tus papás", también logra reconocer su individualidad evidenciado en lo que comenta "es como si le molestara que yo haga algo y reciba ayuda de otras personas, pero si ella lo hace no. Nada me va a quitar el hecho de que sienta que a ella le molesta". Se reencuadra todo lo trabajado hasta el momento con la intención inicial de "ayudar a los demás", se confronta la idea de estar pendiente de los demás y perder atención en sí misma. Responde como resolución del asunto inconcluso con su amiga "es que es tan inmadura, hay tantas cosas que quisiera decirle", se usa una técnica expresiva para maximizar las palabras, eso le permite tomar consciencia de un introyecto relacionado con su forma de ser directa y honesta.

Para finalizar se realiza el cierre en el que se evidencia cambio terapéutico en todas las zonas de consciencia al igual que aumento en el autoapoyo.

Técnicas utilizadas	Experimento, expresivas, integrativas supresivas, humanistas, relación terapéutica y psicoeducación
Bloqueos gestálticos	Introyección, retroflexión y desensibilización
Cambio terapéutico	Zonas de consciencia, autoapoyo
Valores	Honestidad, escucha, amistad y servicio
Estrategias de afrontamiento	Autocontrol, confrontación, evitación y aceptación de la responsabilidad
Factores de depresión	Familiares, estrés y autoestima
Síntomas depresivos	Tristeza, fatiga, falta de interés y culpa

## **PBM**

Se inicia la sesión indagando acerca del estado de salud, menciona que ya se ha recuperado, continua el dialogo hacia como ha estado su semana, refiere que ha sido una semana ajetreada y muy movida, adoptaron a un perro y se encuentra muy feliz por eso. también fue a visitar a su novia después de la cuarentena y dice que fue un momento muy emotivo. Se le apoya a profundizar en la experiencia y comunica su alegría con entusiasmo. Se realiza una síntesis de lo comunicado hasta el momento y se le invita a conectarse con el aquí y ahora para que realice una descripción más detallada, menciona que " ha sido muy buena, hay algo que quiero comentarle, reflexionando sobre la muerte en mi vida he tomado una decisión, he pensado en que quiero hacer y el otro día hablando con un amigo, es la primera vez que se lo cuento a un amigo porque no suelo hacerlo con nadie, no sé le temo un poco al rechazo masculino", no fue claro y se le apoya a completar la comunicación, "le conté lo de mi miedo a la muerte y me felicitó, porque gracias a ese miedo he bajado de peso y demás, pero yo le dije que no era suficiente, quiero trabajar en ámbitos como la reflexión de emociones, la espiritualidad y la disciplina", "Estaba motivado por el miedo, lo nuevo es que me cuesta encontrar una motivación para ser más espiritual y disciplinado", se le solicita que sea concreto y refiere que desea trabajar en crear hábitos. Se le pide aún más clarificar la decisión que tomó y dice "crear un balance en todos los aspectos de mi vida". Se realiza un parafraseo punto por punto para que escuche todo lo que había comunicado, dentro de esa comunicación se resaltan los puntos que aún no son claros, manifiesta que "me motiva la idea de que lo voy a hacer yo para mí, que es un regalo mío para mí, y no quiero volver a ser motivado por el miedo", se valida el miedo, la experiencia y el beneficio de contactar con todas las emociones. Se trabaja en la desorganización, la disciplina y la creación de hábitos

a partir de retomar el contenido de los videojuegos y los esfuerzos realizados en el pasado. Se realiza una profundización en aquello que lo motiva y la importancia de reconocer que el proceso de los resultados es paulatino. Comenta que desea trabajar en lo mental y lo espiritual, se le solicita que lo clarifique, quiere explorar distintos significados de la muerte, encontrar una ideología. En cuanto a lo mental quiero fortalecer las herramientas que he venido trabajando aquí, para reflexionar, entender y buscar una solución", se realiza un parafraseo para que reconozca que la capacidad reflexiva está conservada, y así pueda identificar lo que realmente quiere trabajar.

Posteriormente pone el tema del budismo sobre la mesa como una de las ideologías que le gustaría profundizar y se realiza psicoeducación en los principios de la terapia Gestalt relacionados con el budismo Zen, refiere que le viene bien esa información para aumentar su comprensión de sí mismo y del proceso. El tema principal que se trabaja es el aquí y ahora, cuando se le invita a conectar con su experiencia se percata de que "estoy más lejos de cuando comencé o más cerca de como quiero estar", se reconocen los avances y se valida su entrega y participación. Se utilizan preguntas cerrada relacionadas con la zona media para validar que se encuentra conservada la función, después se le invita a tomar consciencia de su cuerpo y sus emociones. En relación con lo espiritual se comienza a construir un concepto de la muerte que le gustaría tener, dice "me gustaría pensar que la muerte no es el fin, que no hay nada después, que hay algo más", se trabaja en la expectativa, en la polaridad de lo correcto e incorrecto y en lograr ubicar el contenido que ha comunicado de una forma estética con su apoyo. Se le presta una frase "si la muerte es el fin la vida sería el comienzo", se le solicita que la desarrolle y llega a comunicar "es como un cambio de filosofía de vida. Al final no importaría el resultado porque viví como yo quise vivir y me iría sin sentir que me quedó

algo pendiente o algo así", se valida su idea y empieza a comprender que no se trata de mantener una ideología fija, dice "no es buscar una ideología para realizar, sino utilizar eso para poder vivir plenamente pero que no sea la motivación de la muerte sino la motivación de la vida". Se utiliza ese momento para ir dando cierre a la sesión, se utiliza principalmente su experiencia de haber experimentado la sesión en el aquí y ahora, se usa una breve descripción de objetos para que tomara consciencia de que en su campo había cosas de las que aún no se daba cuenta y era cuestión de afinar los sentidos y dirigir su atención.

Técnicas utilizadas	Experimento, expresivas, supresivas, humanistas, relación terapéutica y psicoeducación
Bloqueos gestálticos	Introyección, retroflexión y proyección
Cambio terapéutico	Zonas de consciencia, autoapoyo
Valores	Reconocimiento y disfrutar
Estrategias de afrontamiento	Confrontación, evitación y aceptación de la responsabilidad
Factores de depresión	Interpersonales y salud/covid-19
Síntomas depresivos	Ninguno

**Sesión 7. Precontacto / Deflexión. Objetivo:** Identificar los modos de evitación de la experiencia y acción de la persona. \*\*Integración de partes de la personalidad. \*\*Reconocimiento del diálogo interno y sus efectos. (Área Familiar, Social, Emocional)

**Tabla 12 Precontacto / Deflexión**

Actividades	Estrategias de intervención	Materiales de apoyo	Estrategias de registro
Se realizará una breve explicación de la fase de Precontacto del ciclo de la experiencia con su respectivo bloqueo. Se propondrá un experimento enfocado en trabajar en el desarrollo de la fase explicada. Se realiza una fantasía guiada que permita la identificación de un objeto de satisfacción que se haya evitado recientemente y revisar las múltiples consecuencias de haber contactado exitosamente. Se evaluará de forma cualitativa el resultado de la sesión usando el HAT.	Técnica de respiración diafragmática y contemplación. Fantasía guiada enfrentando a un objeto relacional. Salama Lista de aquello que evita y posterior dramatización del evento. Salama Técnica integrativa (Encuentro intrapersonal). Naranja Trabajo con perro de arriba y abajo. Perls	Pizarra Marcadores Bocina Computador Bocina Hojas de test	Cuestionario cualitativo HAT modificado (Anexo 5) Cuaderno de bitácora (Anexo 8)

Fuente: *Elaboración propia.*

## **BAN**

Inicia la sesión manifestando que se encuentra estresada, ha tomado infusiones de té para regularse, refiere que no le ha ayudado mucho y dice "ya llevo muchas sesiones aquí, siento que sí he mejorado, pero no he tenido todo para mejorar, me siento presionada y me esfuerzo más, pero me estreso". Partiendo de eso se indaga en aquellos puntos que le faltan por mejorar, manifiesta que "me falta mucho en lo que viene siendo darles más importancia a mis cosas que a las de los demás", se realiza psicoeducación del proceso de terapia y también de los seguimientos y el acompañamiento posterior para reducir estrés de obtener el resultado final, reconocer el proceso en vez de sólo fijarse en el destino. Se validan todos los posibles aprendizajes hasta el momento y se realiza una pregunta proyectiva acerca de cómo se ve al finalizar la intervención, responde que " aún tengo eso de que hago algo y me siento mal", comparte un evento en el que manifestó abiertamente con su madre una inconformidad, se sintió bien en el durante, pero después experimentó culpa. Se revisa esa experiencia en el aquí y ahora para tomar consciencia de los pensamientos, emociones y conductas. Se realiza un parafraseo para favorecer la expresión de cómo se siente, refiere "me siento insegura", continuamos el dialogo enfocado en la duda de sus acciones, ha tratado de no anticiparse de forma catastrófica y logra reconocer que tiene otras opciones. Lo anterior da cuenta de cambio terapéutico en la zona media y autoapoyo dado que puede reconocer la importancia de elegir cómo responder antes, durante y después. Se trabaja en la polaridad de la persona que duda versus la que tiene certeza, se trabaja a través de dialogo socrático y a través de una metáfora basada en la palabra "vomitar" que fue utilizada por ella contando la historia del evento en donde comunicó abiertamente. Se hizo una relación de su gusto por la dudad y la posibilidad de vomitar aquello que le causa malestar, se psico educa en la importancia de

elegir los satisfactores adecuadas para cada necesidad. logra tomar consciencia de un introyecto relacionado con los efectos de la comunicación abierta y honesta en los otros. Tiene a evitar los eventos que pueden generar conflicto según su juicio. Se ubica nuevamente el evento en el aquí y ahora y se indaga una respuesta alternativa, sin embargo, su respuesta indica un uso de confluencia y deflexión en forma bionegativa. Si dijera lo que realmente piensa tiene el introyecto de que va a existir un castigo y cree no poder soportarlos. Manifiesta un ejemplo de lo que le dicen sus hermanos a su mamá acerca de ella, lo hace acompañado de tristeza "tú decidiste tenerla, pero tú quisiste tenerla de hija". Generalmente afronta esas situaciones evitando, se enfoca el trabajo en el reconocimiento de los precios de evitar nuevamente y se usa una técnica supresiva para permitir la comunicación honesta, comenta que le tiene miedo a confrontar. No obstante, lo ha hecho en el pasado, pero considera que en el evento actual "sería muy doloroso el comentario de sí ella quería tenerme o no".

Se propone trabajar en un experimento en el que pueda entrar en contacto con ese asunto inconcluso, se hace un caldeamiento inespecífico, luego uno específico antes de abordar una silla vacía con su madre. Puede tomar consciencia de las dos partes, en particular ubicar a su madre desde una postura benevolente. Para el cierre del experimento se le invita a comunicarle cómo se siente y responde "En este momento me siento abrumada y siendo que antes me gustaba mucho y disfrutaba mucho la luna y así y ya no ya está me siento culpable o simplemente quiero que sea un día más

Una vez completado se le apoya a comunicar los aprendizajes, "internamente cuando me dijo que se iba a acostar mi madre a mi lado, mi cuerpo se tensó, siento que hay algo como que lo quiero sacar pero como que no", "siento que es algo muy fuerte pero no lo quiero sacar porque si lo hago voy a estar inconsolable un tiempo y no quiero estar así", se respeta

su decisión de no comunicar en ese momento, manifiesta que ha tomado consciencia y aprovechó el ejercicio para comunicar así sea de forma imaginativa "dije cosas que creí que nunca podría decirle, que necesitaba que me dijera cómo era la manera en la que me quería y que está orgullosa de mí", se valida lo funcional del ejercicio a través de su propio sentir. Se contrasta la idea del dolor por evitar y el beneficio de comunicar, esto en conjunto con un trabajo en la polaridad de la que decide versus la que duda, reconoce la importancia y el bienestar de tomar decisiones. Se relaciona con los objetivos de aumentar su autoestima, seguridad, confianza y disminuir los síntomas depresivos y su respuesta es un suspiro, se hace énfasis en el respiro como una expresión de sacar algo, se psico educa al respecto. Después de este trabajo manifiesta un cambio terapéutico representado por "ahorita veo mis ojos y me doy cuenta que estoy triste porque cayó una gota en la computadora, según yo no me siento triste jajaja". Se aprovecha para realizar una síntesis de lo sucedido en las sesiones hasta el momento en donde se hace una distinción en las zonas de consciencia, el ciclo de la experiencia y las estrategias de afrontamiento, haciendo énfasis en la confrontación y la deflexión en forma biopositiva. Ella responde que se ha dado cuenta que la duda ha sido un problema para no resolver sus situaciones estresantes actuales, se le propone que dudemos de la duda y que estableciéramos cuál era el proceso de llegar a la certeza, y responde que la manera es haciéndolo. Se le sugiere una invitación a llevar registro de las veces que duda y cómo lo hace. Se procede al cierre de la sesión y refiere que "ahora me duele un poco la cabeza, creo que, si me sentía un poco triste y en el transcurso del día lo voy a soltar de alguna forma, a como me conozco ahora estoy tranquila".

Técnicas utilizadas	Experimento, expresivas, supresivas, humanistas, relación terapéutica y psicoeducación
Bloqueos gestálticos	Introyección, retroflexión, deflexión y desensibilización
Cambio terapéutico	Zonas de consciencia, autoapoyo

Valores	Libertad y decisión
Estrategias de afrontamiento	Evitación y confrontación
Factores de depresión	Familiares y estrés
Síntomas depresivos	Tristeza, fatiga, falta de interés y culpa

## **PBM**

Se inicia la sesión fortaleciendo la relación terapéutica indagando las circunstancias que ha tenido para atender a la sesión, se aprovecha para recordar los principios de voluntariedad y confidencialidad. Refiere que las sesiones le ayudan mucho en más de una forma. Se aprovecha para hacer un punto de chequeo acerca de los objetivos terapéuticos y aquello que vino a buscar de la atención, comenta "creo que he encontrado lo que buscaba que siempre estuvo en mí, en realidad solamente necesitaba como un empujón para reaccionar y reflexionar sobre ese tema y realmente tomar las riendas de mi vida", "me siento bastante bien, feliz, pleno, siento que ya estoy haciendo cosas por mí, ahora estoy un poco preocupado por la escuela porque me he dedicado a todas estas inquietudes y me hicieron bajar mi rendimiento académico", se realiza un parafraseo para favorecer la expresión y toma de consciencia, logra tomar consciencia de que es algo que venía sucediendo y emerge nuevamente el introyecto de ser un estudiante promedio, siguiendo los principios de la terapia se continua con el trabajo de este tema. Se retoma el tema del ciclo de la experiencia y se relaciona con lo que ha comentado, se psicoeduca acerca del bloqueo de la sesión resaltando la forma en la que se desvía el contacto con el satisfactor como una forma bionegativa de deflexión. Agrega que "soy yo mismo limitándome, yo mismo digo no, no voy a poder, eso está muy difícil, y justamente eso me pasó con una materia y me avergüenza decir que probablemente la repruebe", se le propone profundizar en su introyecto relacionado con el área académica, refiere "me estresa pensar que tal vez no sea bueno en nada, más bien me da

tristeza, me dan ganas como de llorar porque me siento impotente al no dar el estirón", se le invita amablemente a contactar con la emoción, y se procede a explorar los significados de las calificaciones, los maestros, la inteligencia y los conocimientos. Se dirige la atención a los hábitos en las distintas áreas, comenta "no voy a negar que tengo pésimos hábitos, le dedico mucho tiempo a cosas que no me ayudan a pasar materias, soy muy desorganizado, me levanto tarde, he estado trabajando en herramientas que me ayuden a organizar ese tiempo", se retoma los videojuegos como ejemplo de la capacidad de generar hábitos cuando hay interés, se retoman una a una las estrategias que le han funcionado en el pasado, se trabaja con la palabra "impotencia", dice "yo pienso que la impotencia es cuando te sientes limitado a hacer cualquier cosas, es que no es por falta de capacidad, es más por la sugestión que uno se mete a no voy a poder, no voy a poder y te estancas y te sientes impotente", se utiliza una técnica supresiva para invitar a la toma de responsabilidad, se realiza un trabajo desde el lenguaje al partir la palabra de impotencia a sin potencia, se le invita a reflexionar acerca de aquello que falta en la ecuación, responde "voluntad", la reconoce en sí mismo y se le propone indicar en qué ámbitos si la utiliza y puede tomar consciencia de esos momentos en los que si la ejerce. Destaca que la usa en cosas que le producen placer, comenta "leer cosas por ocio, manga, comics, y no estoy diciendo que no me dedique a otras cosas, también a ver videos, aprendo de cocina, tal como mis pasatiempos en lugar de ver la escuela o el estudio como pasatiempo", se le invita a profundizar en la experiencia destacando que es lo que le gusta del manga, resalta "las historias, los personajes, los japoneses tienen cosas muy raras, son muy raros en algunas ocasiones, la idea que tienen de cómo crear un personaje, los vuelve hasta admirables", se trabaja con otra actividad para que pueda reconocer aquello que le gusta y logra tomar consciencia también. Se realiza una síntesis enfocada en valorar las cosas que son importantes para cada uno y como dirigimos la atención a aquello que nos causa

beneficio, manifiesta "un pasatiempo es algo que uno hace y se siente recompensado cuando se dedica tiempo, supongo que esa filosofía como parte de la vida ver la vida como un pasatiempo hasta en las cosas malas podemos encontrar placer, suena muy extraño", se realiza una devolución acerca de qué tiene que ver todo eso con las calificaciones y su percepción de sí mismo, refiere "las calificaciones me afectan pero lo que quiero antes que una calificación es saber que estoy aprendiendo, si yo estoy aprendiendo voy a ser capaz de tener ese 10 que quiero", se realiza psicoeducación acerca de la responsabilidad de elegir qué y cómo queremos que sea la experiencia. Se le solicita indagar acerca de lo que necesita para lograr los resultados que desea, dice "sé que estoy haciendo mal, si quiero alcanzar y ser una persona más competitiva primero que nada debo esforzarme lo más que pueda, tengo que trabajar en la disciplina, tengo que tener más fuerza de voluntad, practicar, aceptar la ayuda de mis amigos. Algo que quiero alcanzar es independizarme meramente por salud mental, no porque tenga una idea de rebeldía", se le propone dejar eso pendiente para la próxima sesión, sin embargo, se engloba todo en el marco de la acción para obtener resultados, responde "suena fácil pero es lo que tengo que trabajar, pero es accionar, hacerlo, no pensar en que no voy a poder hacerlo porque si no lo intento no voy a saber si lo voy a poder hacer o no", se realiza un resumen de lo trabajado hasta el momento favoreciendo la toma de consciencia de la interacción de todos los temas, también se le solicita hacer el cierre de la sesión con sus aprendizajes, comunica "afrentar es parte del aprendizaje de los videojuegos y lo relaciono con la vida, cada vez que yo afrontaba las consecuencia de mis acciones en cada partida entendía qué estaba haciendo mal y aprendía de eso, y cuando evitaba una acción o reflexionar acerca de eso pues no pudo decir nada porque no aprendía nada de eso. En la vida sería lo mismo, si me paso evitando no estaría mal, hay veces que evitar una pelea, una discusión innecesaria es más sano, pero afrontar las cosas en la mayoría de los casos nos va

a ayudar a aprender a crecer como personas", se reconoce que utiliza nuevas estrategias de afrontamiento y también formas biopositivas de deflexión y proyección. Se concluye la sesión validando la experiencia y sus aprendizajes.

Técnicas utilizadas	Experimento, expresivas, supresivas, humanistas, relación terapéutica y psicoeducación
Bloqueos gestálticos	Introyección, proyección y deflexión
Cambio terapéutico	Zonas de consciencia, autoapoyo
Valores	Acción, responsabilidad y libertad
Estrategias de afrontamiento	Confrontación, aceptación de la responsabilidad y planificación
Factores de depresión	Ninguno
Síntomas depresivos	Ninguno

**Sesión 8. Contacto / Confluencia. Objetivo:** Fortalecer la autonomía de la persona para satisfacer sus necesidades y elegir cómo se relaciona con lo externo. \*\*Reconocimiento del auto apoyo. \*\*Toma de consciencia de lo externo y sus recursos ambientales. (Área Conductual, Social, Familiar).

**Tabla 13** Contacto / Confluencia

Actividades	Estrategias de intervención	Materiales de apoyo	Estrategias de registro
Se realizará una breve explicación de la fase de Contacto del ciclo de la experiencia con su respectivo bloqueo. Se propondrá un experimento enfocado en trabajar en el desarrollo de la fase explicada. Se realizará un psicodrama en conjunto para integrar la polaridad, asimilar proyecciones. Posterior se realiza un juego de roles de intercambio de papeles. Se evaluará de forma cualitativa el resultado de la sesión usando el HAT.	Técnica de respiración diafragmática y contemplación. Psicodrama de polaridad (Diferenciarse vs Confluir). Moreno, Salama Técnica integrativa (Asimilación de proyecciones). Naranja Juego de rol de intercambio de Terapeuta-Persona / Persona-Terapeuta	Pizarra Marcadores Bocina Computador Bocina Hojas de test	Cuestionario cualitativo HAT modificado (Anexo 5) Cuaderno de bitácora (Anexo 8)

*Fuente: Elaboración propia.*

**BAN**

En esta sesión inicia con un buen estado de ánimo, a pesar de que estuvo acompañando a su novio en un funeral, comenta que dudó mucho en si iba al funeral o no, y al final tomó la decisión y comenta "no me arrepentí de la decisión que tomé, al fin". Se valida su progreso y el cambio terapéutico logrado en la toma de acción y confrontación de los eventos, dijo "la verdad fue sorprendente, me sorprendí yo de mí misma", se indaga en aquello que fue sorprendente y refiere que "siempre dudaba y daba muchas vueltas al asunto y así, esta vez no, me mantuve en mi decisión y el resultado que tuve fue positivo". Se aprovecha para resaltar que el contexto de la terapia es facilitador de cambios terapéuticos que el esperado es que se experimenten fuera de la terapia, no en la zona cómoda de la terapia. Relata un evento en el que fue decidida con sus suegros, dijo "sin pensarlo así como que dije sí, sí voy", se parafrasea para favorecer la expresión y logra tomar consciencia de su forma de responder "pienso mucho, lo hago un chorro como cuando pasa lo de las veces como que mi mente se va a imaginar cada panorama", se usa esa experiencia para proponer la atención a lo que sucede en el ahora como alternativa al exceso de pensamiento, pudo notar como en ese momento no estuvo pensando tanto para tomar la decisión y eso le trajo bienestar.

Se propone realizar un experimento para revisar las exigencias y necesidades de los otros y la confluencia, primero se le solicita que escriba todas las exigencias y condiciones de distintas personas, posteriormente se guía el trabajo a través de una imaginación que le permita ubicar a cada persona en un silla, ubicándose a sí misma en el centro, uno a la vez se va a levantar de la silla a decirle esas exigencias y al final van a quedar todos de pie diciéndole sus exigencias, se hace énfasis en el sentir y las formas favorables de cómo responder ante esas exigencias, un resultado importante de ese objetivo en relación el bloqueo a trabajar de esta sesión fue "ustedes me pueden guiar pero yo voy a decidir qué y cómo hacerlo", refleja

una forma biopositiva de confluencia. Para finalizar el experimento se le solicita que se despida de esas personas en la forma que desee, dice "les diría que gracias por escucharme y adiós". Se revisa el estado al finalizar y refiere que "se siente bien, siento como que poco a poco tengo más decisión y yo lo llamaría valor para hablarlo, para expresarlo, así sea imaginativo yo lo siento real". Se aprovecha para integrar a la BAN valiente, se le solicita que describa cómo se ve con esa característica, comenta "es como que da muchas vueltas, pero se para y puede ver hacia el frente y ve todo bien claro", se aprovecha para retomar el ancla de vuelta de plato que simbolizaba el merecimiento, y le adjunta la valentía por la relación que tuvo con su respuesta. Se realiza una síntesis de la sesión hasta el momento y se aborda el tema de las estrategias de afrontamiento, y ella manifiesta que "muchas veces siento miedo al afrontar las cosas directamente porque siento que no tengo la valentía o como que la inteligencia necesaria para afrontarlo", también se refiere a otro introyecto acerca de que siempre piensa que los otros van a responder de forma desfavorable, utiliza la palabra siempre 8 veces mientras habla de eso, se realiza una devolución que cuestione el absoluto, reconoce que "tal vez podría hablar diferente, tal vez no verbal, tal vez pueda ser con acciones, con detalles". Se usa el dialogo socrático para interrogar esa creencia de que siempre son las cosas de una manera y logra llegar al resultado de retirarse de los otros reconociendo su responsabilidad, sin embargo, admite que no lo hace y tiene una expresión de "diablos BAN!", se le pide que repita eso y clarifique lo que siente, responde "es porque me he dado cuenta que he hecho algo mal, se supone que yo soy la que...otra vez use el suponer, yo debería tener el poder y quiero tenerlo", se le propone la posibilidad de lograrlo y se indaga acerca de lo que obstaculiza que lo tenga, no reconoce limitantes más allá de la toma de decisión. Se utiliza una representación numérica para ejemplificar el resultado del uso de absolutos y las profecías autocumplidas -si tienes 24 años por 365 días diciendo yo siempre

me equivoco daría como resultado 5745 repeticiones, ¿qué impacto crees que causaría eso en ti?-, para encuadrarlo se utiliza una metáfora relacionada con la nutrición y la importancia del uso apropiado de palabras para alcanzar resultados. Se le invita a que escoja una frase para repetirse durante la semana como autoafirmación y que experimente los resultados, la frase que escogió fue "yo soy una buena expositora", se propone que cada vez que lo diga utilice el ancla del movimiento de plato. Para finalizar se presenta una proyección numérica de los días que el quedan para decirse cosas - 25500 días aproximadamente - y se le invita a que proyecte sus resultados al futuro y se expresa con emoción "sería excelente mi vida, tal vez maravillosa, inolvidable con experiencias inolvidables". Por último, cuenta una anécdota en donde tuvo un evento inolvidable cuando niña y se enamoró de la danza y tuvo el resultado de ser escogida.

Técnicas utilizadas	Experimento, expresivas, supresivas, integrativas, humanistas, relación terapéutica y psicoeducación
Bloqueos gestálticos	Introyección, retroflexión, confluencia y desensibilización
Cambio terapéutico	Zonas de consciencia, autoapoyo
Valores	Decisión, rudeza, libertad, valentía, amor, pasión, dedicación, proactividad
Estrategias de afrontamiento	Aceptación de la responsabilidad
Factores de depresión	Autoestima
Síntomas depresivos	Culpa

### **PBM**

Comienza la sesión indagando acerca de su estado actual, manifiesta que se siente confundido, que han pasado muchas cosas, más de las que puede procesar. Se le invita amablemente a profundizar, comenta "supongo que triste, bastante triste, la memoria no me falla así que recuerdo muchas cosas y me dan ganas de llorar", se valida su emoción y se apoya a completar la expresión. Comenta que su abuela ha fallecido, "trate de ser lo más

fuerte posible por ella pero la extraño mucho, la perdí en una situación un poco compleja porque lo último que viví con ella fue una discusión y no he podido pedirle perdón por ello, y ahora no puedo", refiere que a pesar de eso su abuela le ha dejado mensaje con sus familiares, le dejó dicho "que ella siempre me quiso y que esas cosas no importaban, que ella siempre me va a tener en su corazón y fue doloroso, como de un día para otro la perdí sin poder hacer nada, mi abuela era todo para mí, ella me crió, ella creyó en mí", se trabaja en la comprensión del duelo y también se psico educa acerca de la importancia de darse el permiso de experimentar las emociones propias, refiere "no me ha dejado la vida ser débil o más bien expresivo", dentro de su comunicación dice que su pareja no ha sido de apoyo y le ha reclamado por tiempo y llegó a la conclusión de "tratar de hacer mejor a los demás no es mi responsabilidad", allí se evidencia un uso biopositivo de confluencia e introyección. Continúa diciendo "si no puedo estar en un ambiente sano lo mejor es retirarme y no es como una decisión de quiero ser independiente y no quiere vivir bajo sus reglas, sino es por salud mental, son cositas así que se han ido acumulando en toda esta cuarentena". Se invita a completar la expresión y dice "estoy cansado de la vida que me tocó vivir, ha sido muy duro", se procede a trabajar en el perdón y el cierre del asunto inconcluso con su abuela, se realizan preguntas dirigidas a la toma de consciencia de su sentir y sus pensamientos acerca de ello, refiere riéndose "es que siempre he tenido esa dificultad para perdonar, para perdonarme a mí mismo", se le apoya a construir una definición de perdón, refiere que "dejar ir", se le solicita que describa al PBM que perdona, responde "el que admite que tiene emociones y que no tiene que hacerse el fuerte, acorazado por decirlo de alguna forma", se aprovecha esa información para introducir el bloqueo a trabajar en la sesión, se psico educa acerca del contacto y la confluencia. Se realiza una devolución acerca de lo que desea hacer versus lo que está haciendo, responde "realmente me gustaría estar acostado", se indaga acerca de las

motivaciones para mantenerse de pie, comenta "pienso muchas cosas con respecto a ser fuerte y todo eso, yo creo que eso ha sido algo que yo he asumido erróneamente, tal vez de que tengo una obligación por ser el mayor, por ser hombre, por simplemente la personalidad que todo el mundo reconoce en mí, resiliencia, fortaleza, ya no estoy seguro de si todo eso lo tengo, toda esa fuerza", se favorece el completar la expresión, "si esa capacidad, si realmente soy así, a lo mejor me hacían ver como una persona indestructible o algo así, pero ya no me quedan fuerzas ni tampoco motivos para seguir siendo fuerte, falta no querer llorar, a no perdonar, y ahora tengo más miedo porque mi lugar seguro era mi abuela. Es muy cansado tener que estarse enfocando en tantas cosas y no poder, no poder tener un momento para descansar porque todos necesitan algo", se confronta la idea de "no poder", responde "sí puedo, pero es frustrante, tendré que pensar en una solución cuando mi capacidad está súper limitada en cuando a cómo mejorar, cómo crecer", se le invita a comunicar su pedido para los otros, dice "yo creo que expresarlo es admitir que necesito ayuda tal vez, necesito ser escuchado".

Se inicia a profundizar en su motivación de irse de su casa, manifiesta que ya no quiere pelear por cosas del pasado, no quiere sentirse arrastrado por problemas que no le corresponde, dice "quiero ser más reconocido, ya no quiero ser opacado por la mínima cosa que haga mal", se confronta lo que hizo versus lo que hubiese querido hacer o decir, refiere "no quería pedirle disculpas pero lo que quería decirle a mi pareja es que no puede ser tan egoísta diciendo que no estoy disponible para ella", se le invita a comunicarlo en una silla vacía, logra externar todo su malestar, su emoción y sus pensamientos. Se valida su emoción y se pide validar su experiencia de sí mismo cuando comunica. Se utiliza una pregunta que le permita reconocer cómo sería su vida sin tener que hacer algo por los otros, responde "decir

las cosas como las siento o como quiero decirlas, a lo mejor la gente cree que siempre mi actitud es pasiva, sumisa, tal vez si soy más expresivo puedo llegar a soluciones y acuerdos con los demás, a simplemente ser escuchado y entendido". Se le pide describir en qué formas expresa su enojo, lo hace a través de los videojuegos y la música. Se propone una situación hipotética en donde alguna persona le dice mentiras acerca de cómo se siente, con el propósito de validar sus sentimientos y lo que realmente piensa, dice "me sentiría enojado, es importante decir las cosas, no puedo adivinar cómo se sienten los demás", se le hace una devolución acerca de cómo aplica esa idea para sí mismo y se apoya a que construya acciones que le permitan adaptarse a lo nuevo, refiere "empezar a hablar, ser más comunicativo y no esperar a que los demás adivinen cómo me siento, todos tenemos responsabilidades pero una de esas no es adivinar", se le solicita profundizar en las características que desea implementar en esa comunicación, comenta "tranquila y reflexiva, no sea en el calor del momento, hablar después de pensar", se utiliza la relación terapéutica para favorecer la toma de consciencia de la forma en la que se comunica dentro de las sesiones, y se aprovecha para trabajar en la forma bionegativa de la confluencia, a lo que responde favorablemente. Se valida su expresión y se indaga acerca de las valoraciones alternativas que puede hacer de sí mismo para afrontar lo que está viviendo, dice "que tengo mucha voluntad para continuar a pesar de que parezca que no puedo, termino pudiendo", "me siento bien y creo que todo lo que vivido hasta ahora es parte de crecer, puedo aprender más y crecer más como persona.

Se le propone un experimento en donde describa lo que su abuela pensaba de él, responde "su orgullo y su consentimiento", se refleja la emoción y se favorece el completar la expresión, "inteligencia e igualdad, alguien con fortaleza y voluntad". Se profundiza en cómo sería su vida cuando deja de suponer, responde "volví a recordar lo que mi abuela veía en mí,

en esencia ella me formó como persona y eso me recuerda quien soy y lo que me llevo es que a veces está bien no poder, pero no me define, no define mi capacidad para seguir adelante". Por último, se le invita a describir cómo puede honrar esa formación que le proporcionó su abuela, se deja como tarea ubicar las formas. Se valida todo el compartir, el proceso de duelo y se refuerza la relación terapéutica.

Técnicas utilizadas	Experimento, expresivas, supresivas, integrativas, humanistas, relación terapéutica y psicoeducación
Bloqueos gestálticos	Introyección, confluencia y desensibilización
Cambio terapéutico	Zonas de consciencia, autoapoyo
Valores	Independencia, reconocimiento, amistad, fortaleza, voluntad, autenticidad y honestidad
Estrategias de afrontamiento	Confrontación, evitación y aceptación de la responsabilidad
Factores de depresión	Autoestima, estrés, familiares y salud/covid-19
Síntomas depresivos	Culpa, fatiga, falta de interés y tristeza -teniendo en cuenta el proceso de duelo-

**Sesión 9. Postcontacto / Fijación. Objetivo:** Fortalecer la toma de decisiones con relación a la satisfacción de necesidades y conclusión de la movilización de la energía. **\*\*Completar la Gestalt de la intervención. \*\*Reconocimiento de la importancia de completar procesos y satisfacer necesidades. (Área emocional, Social, Familiar, Cognitiva, Conductual).**

**Tabla 14** Postcontacto / Fijación

Actividades	Estrategias de intervención	Materiales de apoyo	Estrategias de registro
Se realizará una breve explicación de la fase de Postcontacto del ciclo de la experiencia con su respectivo bloqueo. Se propondrá un experimento enfocado en trabajar en el desarrollo de la fase explicada. Se realizará una fantasía guiada y una dramatización de una montaña rusa que simbolice todo el trabajo realizado hasta el momento y la importancia de bajarse de la montaña.	Técnica de respiración diafragmática y contemplación. Fantasía guiada. Dramatización. Técnica integrativa (Encuentro intrapersonal) Trabajo de polaridad (Enfermo vs Saludable) Método de 10 pasos de Salama para manejo de resentimiento. Salama	Pizarra Marcadores Bocina Computador Proyector Bocina Hojas de test	Cuestionario cualitativo HAT modificado (Anexo 5) Cuaderno de bitácora (Anexo 8)

---

Se realiza un trabajo de resentimiento siguiente el método de Salama, favoreciendo la aceptación del trabajo realizado y los frutos. Se evaluará de forma cualitativa el resultado de la sesión usando el HAT.

---

*Fuente: Elaboración propia.*

## **BAN**

Se inicia la sesión y al indagar cómo se encuentra ya no hay una expresión de estrés únicamente, hay un comentario acerca del clima y después refiere que "estaba estresante pero bien". Se realiza un chequeo acerca de la autoafirmación de la sesión anterior a lo que responde favorablemente, dijo "me dio la seguridad que necesitaba y pues le dije al profesor que me quedaba a hablar con él", se evidencia el uso de confrontación, búsqueda de apoyo y aceptación de la responsabilidad como estrategias de afrontamiento. Se realiza un cierre del ejercicio de la autoafirmación en donde se le invita a reconocer aquello que se estaba diciendo en la zona media y cómo tenía efecto en sus demás zonas, para esto se utiliza psicoeducación. Esto favorece la toma de consciencia de la participante, dice " siento que he dado en el blanco, siento que he elevado mi seguridad, me he dado cuenta de otras cosas que son como apoyos para hacerlo", dentro del dialogo utiliza porcentajes y números, y se aprovecha para hacer un punto de chequeo del cambio terapéutico, a lo que responde que se encuentra en un 80%, reconoce que "aún no llevo al 100% en llevar mis emociones, últimamente lo que si tengo es que me fastidio, me enoja", "mayormente me siento bien, siento como que antes me sentía muy alejada de la persona de mí misma interiormente y ahora ya estoy más cerca de mí misma", esto da cuenta de los cambios terapéuticos en el darse cuenta de las zonas y un uso biopositivo de bloqueos como introyección y confluencia, comenta "ahora si alguien hace un comentario o algo así, hoy ya no tiene el mismo efecto", a lo cual se realiza una validación de su progreso y se encuadra la importancia del ciclo de la experiencia y cerrar los asuntos

inconclusos para recuperar el flujo de la energía hacia aquello que ella desea. Refiere que "no quiero volver al pasado, solo ver como aprendizaje al pasado".

Se propone iniciar con el experimento de la sesión que justo tiene que ver con la última fase del ciclo, que es el cierre de la Gestalt, se le invita a que piense en la historia más trágica de su vida y que además la comunique exagerando el nivel de victimas. Recupera la historia y se da el permiso de comunicar con lujo de detalles y emociones, funciona de expresión emocional y logra tomar consciencia de las formas en las que otros viven sus vidas y sin dirigir el dialogo toma consciencia de los aprendizajes, empieza a reconocer una historia alternativa a la que se repetía constantemente. La segunda parte es volver a contar la historia pero únicamente rescatando todos los aprendizajes del evento, dentro de su comunicación hubo varias cosas que llamaron la atención como "aprendí que estaba divirtiéndome, no estaba haciendo nada malo, es lo que nunca hago, me di cuenta que eran creencias que tenía impuestas" como un nuevo introyecto biopositivo, "tal vez mi abuela aprendo que no hay que ser siempre tan caradura" una forma biopositiva de confluencia, y "es como que tienes que aprender a tomar lo que venga de la vida" una nueva postura frente a las situaciones cotidianas en forma de introyecto biopositivo. Indagando un poco más y promoviendo la expresión, logra tomar consciencia de su construcción actual diciendo "ya de grande yo creo que inconscientemente muchas veces soy como que hacer todo al pie de la letra como mi abuela, se me olvida a veces que el tiempo se va volando", se realiza un reflejo de la palabra "diversión", a lo que responde que "casi no más me divierto con mis sobrinos", se confronta la idea de la diversión en relación con la edad para cuestionar el introyecto, responde que "siempre está el juicio de cómo te vistes, cómo hablas, muchachos de 24 ven a las personas de 40 como inmaduras". Nos dirigimos a bordar la palabra "madurez" dado que está

directamente relacionada con el autoapoyo, ella responde que "es el momento en el que eres responsable, cosas de adultos, llevar cuentas, endeudarte, trabajos estables", se vincula este tema con la figura de Amalia Hernández trabajada en sesiones anteriores, dado que era una señora de 83 años que se divertía y aun así era responsable de sí misma, se utiliza una técnica integrativa para favorecer la apropiación de la BAN divertida, refiere que "cuando me divierto, disfruto, creo que soy más risueña, normalmente lo soy pero más", "creo que me siento cómoda porque encuentro gente con la que me divierto y también se divierten" empieza a reencuadrar su introyecto anterior sin la intervención del terapeuta. Se realiza la devolución de esa forma en la que ella se autoapoya y continúa comunicando varias formas biopositivas de usar bloqueos de confluencia, proyección e introyección. Algo importante para ella es el tipo de ropa que usa, "mi mamá quiere vestirme como si estuviera más grande y yo creo que me han servido mucho las sesiones porque me he vestido como he querido", se evidencia un uso de confluencia biopositivo al decir "me doy cuenta de que no es cierto que me veo mal, que van a decir que estoy gorda o algo así, me he dado cuenta que no es cierto". Posteriormente se hace una síntesis con psicoeducación en el autoapoyo y se retoma el evento de la maestra que en el pasado la invalidó, a lo que responde vigorosamente "ah si esa perra, ya puedo hacer hasta bromas de eso, me siento bien contenta por mí y ahora los veo a todos los maestros y digo ahora sí perros", se le invita a maximizar la expresión y dice "ahora si perros a la próxima vez los chingo a todos, bueno a algunos porque otros ya son viejitos, yo no voy a ser quien los haga sufrir, la vida se encarga de eso".

Se procede a una segunda parte del experimento en el que se usa un escenario hipotético de accidente o pérdida de las memorias desfavorables y se le pregunta acerca de cómo sería su vida, responde "literalmente me tuve que pegar para sentir, muchas de esas

historias no han desaparecido, se han desvanecido", "algo que antes era muy doloroso para mí que ni siquiera podía hablarlo porque se me cortaba la voz, yo creo que ahora puedo expresarlo, se me olvidan las emociones pero nunca las lecciones", se resalta lo estético de esa comunicación y se procede al cierre del experimento indagando acerca del darse cuenta. Ella empieza por si sola a comentar sus aprendizajes y dice "estoy tomando decisiones de manera más segura, ya tomo el lado positivo de las cosas", "en este momento me he enfocado mucho en los recuerdos que no quería volver a recordar porque tenía miedo de sentir otra vez, pero solo recordaba eso y no los aprendizajes que me dejaban. Ahora cuando los veo otra vez digo si me sentía del asco, pero aprendí esto, gracias a dios". Se le hace una devolución acerca de tomar la responsabilidad de lo que ha causado en estos meses. Por último, se dirige el dialogo al cierre de la sesión y reconoce "me llevo muchas cosas, pero yo creo que la más importante es que la historia solo es un pasado, tal vez no forma lo que soy ahora, pero me ayudó a ver cómo no quiero ser en el futuro, como puedo llegar a ser y a lo mejor ser una mejor versión de mí". Se empieza a encuadrar el final de la intervención.

Técnicas utilizadas	Zonas de consciencia, expresivas, psicoeducación, relación terapéutica, humanistas -reflejo, parafraseo, validación síntesis, dialogo socrático-
Bloqueos gestálticos	Introyección, confluencia, retroflexión y fijación
Cambio terapéutico	Zonas de consciencia, autoapoyo
Valores	Seguridad, diversión, aprendizaje, optimismo, confianza, agradecimiento y satisfacción
Estrategias de afrontamiento	Aceptación de la responsabilidad, reevaluación positiva y confrontación
Factores de depresión	Estrés
Síntomas depresivos	Fatiga y falta de interés

### **PBM**

Se inicia la sesión indagando acerca de su situación actual, refiere que acaba de llegar de buscar trabajo, se le conoce la constancia y el compromiso que ha tenido al respecto.

Manifiesta que le ha faltado documentación, sin embargo, ya se encuentra solucionado. Se revisa su postura acerca de la pandemia en relación con su miedo a la muerte, logra tomar consciencia de las acciones que ha tomado para mantenerse protegido. Se realiza una devolución acerca del avance que ha tenido teniendo en cuenta el proceso psicoterapéutico. Se profundiza en su propia percepción de los avances, refiere "ya estoy haciendo algo por mi cuenta, me siento bien, tengo miedo por mi familia por si me enfermo o los contagio, pero estoy bien porque estoy empezando los proyectos de vida que tengo. Se invita a expresar su estado de ánimo, dice "he estado bien, estuve estresado la semana pasada por el promedio, no me molesta tanto la calificación porque sé que aprendí muchas cosas en este semestre", manifiesta su preocupación por el promedio en relación con la asignación de materias del próximo semestre, se trabaja en la importancia de ser flexible a los acontecimientos y utilizar estrategias de afrontamiento apropiadas para la situación. Se procede a indagar en los asuntos inconclusos o historias que limiten su desarrollo, comenta "las responsabilidades que fui asumiendo a lo largo de mi vida, que realmente no son mis responsabilidades, por ejemplo, ayudar a la crianza de mis hermanos, no quebrarme en frente de ellos, ser el fuerte", se le propone realizar un experimento, trató de identificar la historia más trágica y contarla maximizando el nivel de victimas, responde favorablemente y logra tomar consciencia de sus zonas de consciencia mientras la relata, dice "no siento nada ahorita, no siento así una emoción fuerte, sólo así como es y ya". Posteriormente se le solicita que cuente la misma historia validando los aprendizajes, comunica "no puedo cambiar la percepción de una persona y no tengo porque hacerlo, no tengo porque demostrarle nada a nadie, mientras yo lo sepa con eso basta, si me creen o no es cosa de las personas, no puedo ni manipular ni controlar esas cosas, está bien llorar, es algo natural, humano y no muestra debilidad sino fortaleza. Muestra fortaleza de una persona que conoce bien sus emociones, por eso las acepta

tal y como son. También he aprendido que a pesar de las cosas que me han dicho he llegado muy lejos en casi todos los ámbitos sin apoyarme directamente en nadie. Soy una persona muy perseverante y a pesar de las críticas y tal vez tener todo en contra sigo adelante, los errores de mi pasado no me definen como persona en el presente, sé que he aprendido que no creo que yo sea una persona agresiva ni tampoco una persona de poca paciencia. Cada quien carga sus propias piedritas y por eso mismo cada quien tiene la responsabilidad de soltarlas", se valida y se reconoce la experiencia, además del uso de todos los bloqueos de forma biopositiva y al menos cinco estrategias de afrontamiento. Se le pide que tome consciencia de cuánto tiempo lleva contando la historia de la víctima versus la del aprendiz, se le invita a proyectarse si mantiene el enfoque en los aprendizajes, comenta "mejoraría aún más mis relaciones". Posteriormente se describe un escenario hipotético de un accidente que le borre las historias desfavorables y que describa cómo sería su vida, responde "uy viviría al 100", se le invita a completar la expresión, continúa diciendo "no tendría miedo d hacer cosas nuevas, me enfocaría en cosas más importantes como en la escuela, un trabajo y mis pasatiempos, tendría un balance más adecuado con lo que hago, tendría un horario, una mejor rutina, mis relaciones también estarían bien". Se confronta acerca de las limitaciones para obtener esos resultados, responde "no hay nada que me detenga, sé que no se puede borrar mi memoria, pero se puede hacer lo que acabamos de hacer, tomar los aprendizajes, quedarte con los nutritivos y es lo mismo que hacemos con la digestión".

Se procede a indagar acerca de los cambios terapéuticos, refiere "estoy un poco más decidido a hacer las cosas". Se propone trabajar en una herramienta para debatir los pensamientos desfavorables, se explica la dinámica y pone un ejemplo en el cual logra integrar la herramienta. Se utiliza una metáfora de los lobos que alimentamos, así como los

pensamientos, después de lograr un estado favorable se continua con generar un ancla corporal para almacenar la experiencia actual.

Se procede al cierre de la sesión, dice "lo que más me llevo es el enfoque que le doy a las cosas y qué hago yo con ello porque hay dos opciones, tenerlo ahí como una carga o transformarlo y verlo como aprendizaje". Se prepara el terreno para el cierre del proceso en la próxima sesión y se permite manifestar su emoción.

Técnicas utilizadas	Zonas de consciencia, expresivas, supresivas, psicoeducación, relación terapéutica, humanistas -reflejo, parafraseo, validación síntesis, dialogo socrático-
Bloqueos gestálticos	Introyección, proyección y retroflexión
Cambio terapéutico	Zonas de consciencia, autoapoyo
Valores	Aceptación
Estrategias de afrontamiento	Confrontación, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva
Factores de depresión	Salud/covid-19
Síntomas depresivos	Ninguno

### ***Fase 3. Evaluación y cierre***

En la tercera fase se propone para que la persona pueda reportar los resultados de la intervención y si dicho resultado es congruente con los objetivos planeados en la primera fase, para esta comparación se realizará una aplicación de los mismos instrumentos utilizados al inicio para contrastar y poder evidenciar el resultado de la intervención y apoyar a que la persona observe en números los efectos de la psicoterapia Gestalt. Adicional en esta fase se realizará una síntesis del ciclo de la experiencia, los aprendizajes obtenidos, las estrategias de afrontamiento adaptativas y la aplicación de lo vivido en las áreas importantes para la persona. Por último, se propone una sesión de seguimiento cuyo objetivo es realizar una valoración de resultados en donde solo se medirán los síntomas depresivos y un reporte cualitativo.

**Objetivo específico:** Analizar el resultado de la intervención psicoterapéutica en las áreas de la persona y el efecto en relación con los síntomas depresivos.

**Sesión 10. Evaluación y cierre. Objetivo:** Realizar una evaluación de resultados de tipo cuantitativo y cualitativo del programa de intervención.

**Tabla 15** *Evaluación y cierre*

Actividades	Estrategias de intervención	Materiales de apoyo	Estrategias de registro
Dinámica de cierre. Se realizará la aplicación de los instrumentos de medición posterior a la intervención. Se realizará un último proceso de fantasía guiada iniciando desde la sesión 1 a la 10, valorando los resultados y anclar las herramientas adquiridas a partes del cuerpo que sirvan como prevención de recaída.	Aplicación de instrumentos. Fantasía guiada. Anclajes PNL. Salama	Pizarra Marcadores Bocina Computador Proyector Bocina Hojas de test Plumas	Inventario de depresión de Beck BDI-2 (Anexo 2) Escala de modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman WOCC-R (Anexo 3) Test de Psicodiagnóstico Gestalt TPG (Anexo 4) Cuaderno de bitácora (Anexo 8)

*Fuente: Elaboración propia.*

## BAN

Se inicia la sesión anticipando el cierre e indagando acerca de su estado actual. Manifiesta que ha estado muy bien y que le gusta esa época del año, sin embargo, refiere que el día anterior había tenido un inconveniente, "fui en representación al mandado y un señor se estaba masturbando y la estaba siguiendo y se sintió incomoda", se promueve la expresión y refiere que no es la primera vez que le sucede, se le invita a compartir los otros eventos y su sentir al respecto "era algo de lo que quería hablar y aquí me siento segura de hacerlo", "no sé cómo hablarlo porque me bloqueo", emergió un asunto inconcluso relacionado con la sexualidad, se utilizan parafraseos para ampliar la comprensión, responde "hay veces que quisiera tener relaciones pero hay otras que no quiero, ya estoy grande, pero a veces me lo pienso y me da asco, me acuerdo de eso". Se indaga acerca de la influencia en su vida y refiere que estaba fuera de su consciencia hasta que su novio le sugirió trabajarlo, se indaga

acerca de las propias motivaciones de traer el tema a la terapia y se muestra confundida. Se valida la situación y se refuerza la relación terapéutica. Se procede con los objetivos de la sesión y se propone ir revisando todo el ciclo de la experiencia basado en esa nueva situación para que pueda identificar sus propios recursos para trabajar en ello. Se trabaja inicialmente en la fase de reposo y en el bloqueo de postergación, se retoma el contenido de esa sesión y se completa la experiencia solicitando que recuerde si eso se trabajó, identifica que "si dejar para mañana las cosas", logra tomar consciencia de los efectos en la zona interna cuando se postergan necesidades. Se procede a que logre aplicar bloqueo gestáltico de forma biopositiva, responde "no lo he hablado, no me siento todavía segura al hablar del tema". Después se trabaja con la fase de sensación y el bloque de desensibilización, manifiesta que respecto al tema "pienso que el bloqueo es ese de no sentir". En la fase de formación de figura y el bloqueo de proyección identifica que "me ha pasado que cuando tengo hambre se lo proyecto a lo proyecto a los otros", se refleja la importancia de identificar lo propio, y comunica que "me doy cuenta que si pasó por ahí, hubo veces en las que dije si en traición a mi necesidad por las de otros, casi siempre la mayor parte del tiempo", se profundiza en la culpabilización a los otros del evento desfavorable teniendo presente no invalidar aquello que le ha costado comunicar. Se realiza una pausa para revisar la efectividad de la síntesis realizada y responde "me está doliendo un poco la cabeza, estoy un poco regulada pero ahí voy entendiendo".

Continuamos con la fase de movimiento de la energía y el bloqueo de introyección, se retoman varios ejemplos trabajados durante las sesiones, también se vincula con la experiencia actual en donde reconoce un introyecto bionegativo "la ropa se ve provocativa", se realiza una devolución relacionada con la sesión anterior y la importancia de vestirse como

deseo. Se vincula con la siguiente fase de acción y el bloqueo de retroflexión, se psicoeduca acerca de las veces en que no se ha expresado y eso le causó malestar, se retomó el contenido de las sesiones en donde fue claro verlo. Ella solicita una clarificación para poder entender la retroflexión y la introyección, se le invita a revisar su sentir cuando desea hacer algo y no lo hace, refiere "triste y enojada". Al trabajar en la fase de precontacto y el bloqueo de deflexión, se hace un hilo conductor con el evento reciente y las veces que ha evitado hablar del tema y como eso no le ha permitido cerrar ese asunto inconcluso que mantiene situaciones desfavorables. Posteriormente se introduce la fase de contacto y el bloqueo de confluencia, se ejemplifica con el contenido relevante de las sesiones y también con el experimento propio de esa sesión para favorecer la toma de consciencia. Y al trabajar con la fase de postcontacto y el bloqueo de fijación se realiza toda la explicación y además se retoma el experimento para lograr encuadrar las formas biopositivas de habilitar nuevamente el organismo para una nueva Gestalt.

Se le solicita que revise todo el evento actual desde los ojos del ciclo de la experiencia y logra identificar cómo se siente, que pensaba y cómo respondía. Se le invita a que después de identificarlo tome una decisión acerca de cómo le gustaría abordar ese tema, a lo que responde "creo que voy a vomitar" y efectivamente se dirige a la expulsión física. Se indaga acerca de su estado actual y las causas del vomito, también se realiza psicoeducación acerca del vínculo psicósomático, sugiriéndole que es importante atender al cuerpo, comunica "sabes que ahorita que estaba haciéndome preguntas estaba acostada y sentí un temblor bien extraño, como cuando tienes un calambre, lo sentí desde el pecho hacia el abdomen. Fue extraño y luego me pregunté a mí misma y qué tal si lo vomitaba, a mí no me gusta vomitar", se profundiza en esa experiencia del vomito y a través del dialogo socrático se construyen

significados y se aumenta la comprensión del fenómeno. Se encuadran varios de los procesos bionegativos de los bloqueos, es decir, toda la energía que se queda estancada en las diferentes zonas de consciencia, se indaga su estado de bienestar después de vomitar y contesta que se encuentra bien, "ya me siento bien" dice.

Se procede a realizar el cierre del proceso y se le propone una sesión extra para trabajar en el nuevo evento, sin embargo, responde "la verdad no quiero continuar con ese proceso, así que por lo pronto quiero agradecerle por los chistes, las experiencias personales, eso que es difícil abrir a mucha gente. Me llevo que no estoy mal y eso fue algo súper wow que me llegó mucho y le agradezco". Se finaliza el proceso agendando el seguimiento y agradeciendo su entrega, compromiso y participación.

Técnicas utilizadas	Zonas de consciencia, supresivas, psicoeducación, relación terapéutica, humanistas -reflejo, parafraseo, validación síntesis, dialogo socrático-.
Bloqueos gestálticos	Introyección, retroflexión y desensibilización
Cambio terapéutico	Zonas de consciencia, autoapoyo
Valores	Responsabilidad y libertad
Estrategias de afrontamiento	Evitación
Factores de depresión	Estrés e interpersonales
Síntomas depresivos	Ninguno

### **PBM**

Comienza la sesión comentando que al día siguiente tiene su primer día de trabajo y se encuentra algo nervioso, se valora y reconoce su esfuerzo y resultado. Se inicia con la antesala al cierre del proceso, manifiesta "me siento un poco triste, realmente esto me ha ayudado mucho y he encontrado muchísima ayuda en usted, he pensado en que es parte del ciclo y yo ya terminé mi tiempo de esta forma con usted y toca cambiar a algo más supongo, decir adiós", se utiliza esa expresión para psico educar acerca de la importancia de completar

los asuntos y completar las experiencias, se carga una imagen con todas las fases y sus respectivos bloqueos. Se explica cada fase y su bloqueo respectivo y se le pide que tome consciencia de si tiene referencias de los experimentos y cómo lo trabajamos, se le apoya dando ejemplos de cada uno. Refiere "tratamos las sesiones de que no reconocía qué había hecho por mí mismo o para mí mismo y ahora con todo lo que trabajamos pues estoy empezando a hacer eso y ver que en el pasado las cosas que hice, que decidí me trajeron hasta aquí. Ya no tengo tanto miedo de dar saltos", también comenta que "había cosas que no había sanado y que nunca había hablado con mi madre, cosas así que tal vez debía haber hecho hace mucho tiempo y que eso también frenó nuestra relación, ya me trato de apoyar más de los demás, hablo más, ya no soy tan cerrado, pido ayuda". Posteriormente se realiza una descripción del ciclo en cuatro pasos sencillos para facilitar la comprensión, dice "yo creo que ya tengo una percepción, tengo un plan para conseguir lo que quiero de esta vida", "he empezado a hacer las primeras acciones para ejecutar ese plan y ha sido dar saltos, conseguir un empleo, hablar mejor las cosas, ser más expresivo, no creer que tengo que hacer todo solo". Se realiza una validación de su expresión y se indaga acerca de los síntomas depresivos, responde "pues los síntomas depresivos yo los veía normal hasta que usted me dijo que no eran normales como dejar de bañarme, comer mal, recuerdo que comía dos veces al día y era muy poco, todas esas cosas ya no las he sentido, procuro mi higiene últimamente, como bastante bien y eso en combinación con que hago ejercicio más regularmente que antes y descanso los fines de semana". Posteriormente se profundiza en su experiencia de duelo y refiere "la extraño a mi abuela obviamente, ella era todo para mí, sin embargo, yo creo que ya le lloré lo que tenía que llorar y como le digo a todo mundo, ahora toca convertirme en la persona que ella quería que yo fuera, así que utilizo eso como motivación para continuar cada día, osea desde que pasó el tiempo que estuve triste trato de utilizarlo como fortaleza y ya no

tanto como algo que me detenga". Se ubica en el aquí y ahora y se solicita que describa su estado emocional, comenta "me siento bien hoy, especialmente nervioso por mañana porque no se qué voy a estar haciendo, pero ya lo sabré mañana. Por último, se le pide que destaque lo que más funciono durante el proceso de intervención, refiere "creo que fue hablar con alguien neutral, que no me conozca, que no diga algo, sentía como que necesitaba de alguien que no estuviera ni a favor ni en contra, y eso me ayudó hablar con alguien que un principio fue un desconocido y ahora es un guía, un maestro". Se le pide reconocer el impacto de los experimentos, dice "yo siempre he estado bajo mi control, siempre he sido yo el que puede decidir y el que debe decidir, y esas decisiones son personales junto con las consecuencias que conlleve y todo es mío, no es de nadie más, al mismo tiempo que las cosas de los demás no son tampoco más, esa diferencia fue lo que más me impactó". Se concluye con la sesión agradeciendo su esfuerzo y entrega, se agenda la sesión de seguimiento para la revisión de avances.

Técnicas utilizadas	Psicoeducación, relación terapéutica, humanistas -reflejo, parafraseo, validación síntesis, dialogo socrático-
Bloqueos gestálticos	Introyección, retroflexión, proyección, confluencia, desensibilización y fijación
Cambio terapéutico	Zonas de consciencia, autoapoyo
Valores	Responsabilidad y libertad
Estrategias de afrontamiento	Aceptación de la responsabilidad, confrontación, búsqueda de apoyo, autocontrol y reevaluación positiva
Factores de depresión	Ninguno
Síntomas depresivos	Ninguno

#### ***Fase 4. Seguimiento de Resultados***

**Objetivo específico:** Indagar acerca de los efectos a largo plazo de la intervención realizada apoyada de medición de síntomas depresivos.

**Sesión 11. Seguimiento de Resultados. Objetivo:** Realizar una medición de síntomas depresivos y reportar de forma cualitativa los resultados.

**Tabla 16** *Seguimiento de resultados*

Actividades	Estrategias de intervención	Materiales de apoyo	Estrategias de registro
Se realizará la aplicación de los instrumentos de medición posterior a la intervención. Se realizará una entrega de los resultados de las mediciones. Se comparará el resultado del inventario de depresión de Beck al momento de diligenciarlo. Se concluye el programa de intervención.	Psicoeducación en integración de lo trabajado. Aplicación de instrumentos.	Hojas de test Plumas	Inventario de depresión de Beck BDI-2 (Anexo 2)

*Fuente: Elaboración propia.*

### **BAN**

Esta sesión de seguimiento se realiza tres meses después del final de la intervención. Se inicia indagando acerca de su experiencia desde la última sesión. Manifiesta que "me ha ido muy bien, dios quiere en este semestre ya salgo", se apoya la expresión preguntando acerca de las evidencias de cambio después de las 10 sesiones anteriores, responde "hasta eso me ha ido bien ahorita siento que tengo todavía mucha confianza en mí misma y creo que es muy importante por la etapa en la vida en la que estoy", se promueve la comunicación de sus proyectos y comenta "voy a terminar y a encontrar un trabajo, me gustaría estudiar un posgrado pero no tengo cómo", también hace un reconocimiento propio de su valor personal y profesional rechazando la idea de trabajar por un salario bajo. Se educa acerca de los programas de becas conacyt. Se indaga acerca de los síntomas depresivos y refiere que "he estado muy bien, no sé si recuerde que soy una mujer emprendedora y ahora en compañía de mi novio vamos a crear un negocio con la alberca, yo seré la encargada. luego también retome

mis empanadas y están saliendo por sí solas, estoy muy contenta porque hay mucha gente comprando. La verdad estoy muy contenta". Se realiza una validación de todo el progreso hasta el momento y cómo ha respondido ante las situaciones estresantes, al igual que la disminución en los síntomas depresivos. Se le propone trabajar en algo que pueda reforzar sus resultados, comenta que "eso de que hay una parte en la que todavía sigo dudando un poco, seguir algo que llamo el instinto", "hasta ahora lo veo bien, no siento como que todavía necesite mucho apoyo, pero si hay momentos que digo que me atraso un poco", se realiza un parafraseo y profundiza en un evento reciente en donde evidenció que pudo tener más decisión y seguir a su intuición, no obstante, tomó acciones para enmendar la situación y confrontó el evento desde una forma biopositiva de confluencia. Se realiza una validación de las formas favorables en las que respondió y ella amplía su aprendizaje diciendo a sus padres "ya estoy grande, ya tengo que decidir por mi vida y no es por ser fea. Ya después fue cuando pensé en las consecuencias y dije rayos". Se proporciona psicoeducación acerca de la importancia de tomar decisiones después de evaluar los riesgos teniendo en cuenta los mejores satisfactores. Manifiesta que todo lo que ha hecho ha fluido y le ha parecido extraño, sin embargo, le ha proporcionado bienestar. Se finaliza preguntando acerca de lo que le espera para el futuro y responde "grandes cosas van a seguir viniendo, creo que trabajé mucho en mi persona y sigo trabajando en eso, sigo haciendo cambios. Hay cosas del pasado que volvieron y les voy a dar una oportunidad a ver qué tal y ya ver si va en sintonía conmigo no yo con ellas". Por último, se da el cierre del proceso completo manifestándole que quedan las puertas abiertas si algo más requiere en el futuro.

**PBM**

Se inicia el seguimiento indagando acerca de su estado actual, refiere que ha estado más o menos, que se ha sentido culpable en general. Se le pide profundizar y dice "inicié el año con una crisis existencial, se me vino a la mente que no estaba mi abuela, me está yendo bien en el trabajo y eso me empezó a dar miedo acerca del futuro por el hecho de que no esté explotando todo mi potencial al 100%, todo el mundo me sigue repitiendo que tengo mucho potencial, mi mamá se enteró de los logros que tuve y me dijo ya vez que tu si eres capaz de eso y más. Me va bien en lo laboral pero la escuela me sigue haciendo sentir mal, creo que es una cuestión que reconozco en mí mismo, que no me sé organizar, no sé estudiar o hacer las cosas con calidad y eso me ha frustrado demasiado, no sé por dónde empezar a mejorar ese aspecto", también refiere que ha finalizado su relación de pareja, refiere que ya no se sentía cómodo y había muchas cosas que ella no estaba dispuesta a hacer por él, dice "supongo que en el fondo me seguía sintiendo herido con ella, a lo largo de nuestra relación pasaron bastantes cosas que no sané por completo, en enero me sentí mal pero llamé a una amiga y me ayudó. Sigo tratando de descubrir cómo mejorar todos estos aspectos, esa ambición de querer más, de querer ser, amarme completamente y no amar solo unas partes". Se le invita a describir las soluciones intentadas al respecto, comenta "la verdad es que me quiero bastante y se me traba la voz, si me permito llorar, siempre hablar con alguien y realmente ese aspecto de mi ha estado mejorando poco a poco". Se indaga acerca de los síntomas depresivos en el aquí y ahora, refiere "hoy precisamente me siento bien, tranquilo, pleno, la verdad me siento con mucha energía emocionalmente hablando y físicamente también, regresó mi hermano aquí conmigo y también ha sido otro gran apoyo, a pesar de que es dos años más joven que yo, dice cosas que me inspiran bastante". Se le hace un reflejo del proceso y reconoce su avance y la importancia de haber recibido el acompañamiento, se profundiza en la situaciones estresantes y las estrategias de afrontamiento, dice "sobre las

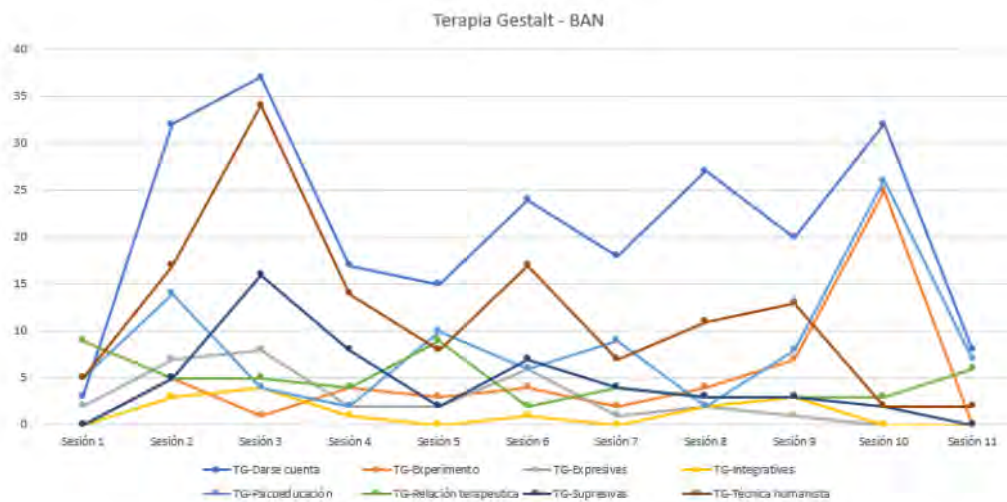
situaciones estresantes vaya que se ha aprendido porque en mi trabajo he entrenado bastante y estaba un poco estresado por la responsabilidad, pero la hago con gusto, cuando estoy trabajando siento que mi vida y mis acciones tienen un impacto positivo porque estoy ayudando a los demás a trabajar y trabajando yo para obtener un ingreso o un incentivo por lo que hago, me gusta trabajar supongo". Se utiliza ese compartir para dar cierre al proceso completo.

### **Descripción por categorías**

A continuación, se describe cada una de las categorías trabajadas durante el procesamiento de datos cualitativos, a través de Atlas-ti se obtuvieron las frecuencias de presencia en cada una de las sesiones, y se han agrupado y graficado en Microsoft Excel para evidenciar la evolución de los procesos de forma detallada.

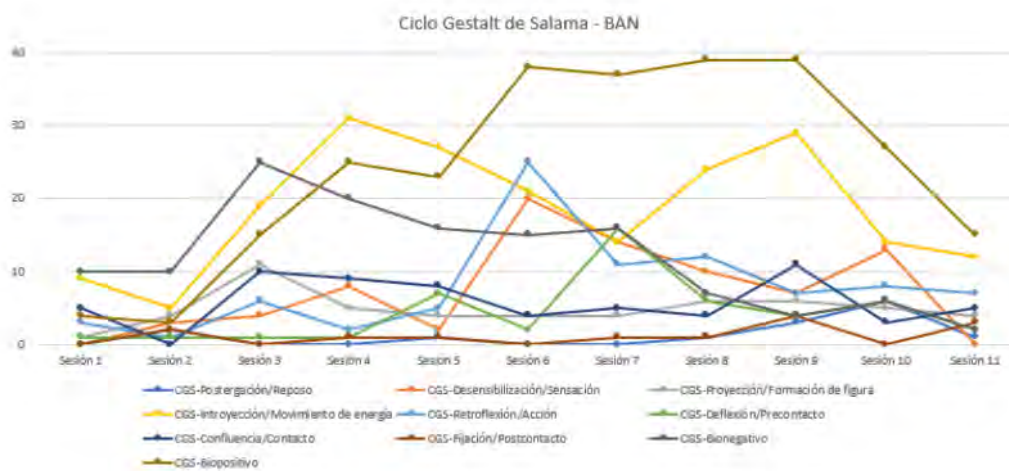
Se presenta en la Figura 4 las técnicas terapéuticas utilizadas, se observa que las técnicas humanistas que engloban varias técnicas se mantienen constantes durante la totalidad de las sesiones, a partir de la sesión 3 se muestra un aumento considerable en la incorporación de técnicas, sin embargo, el uso de todas las técnicas se puede evidenciar en la evolución del darse cuenta dado que han sido utilizadas con ese propósito.

### **Figura 5 BAN - Terapia Gestalt**



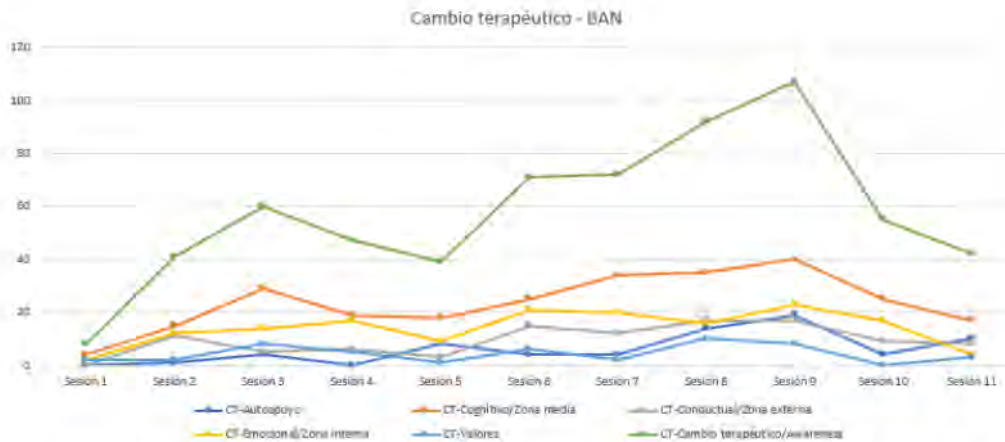
Como se evidencia en la Figura 6 los bloqueos gestálticos más trabajados durante todo el proceso fueron el de introyección, retroflexión y desensibilización, también se puede observar el cambio en las formas bionegativas de usar los bloqueos hacia formas biopositivas con mayor frecuencia hacia el final del proceso. El bloqueo más difícil de codificar e identificar ha sido el de fijación.

**Figura 6 BAN - Ciclo Gestalt de Salama**



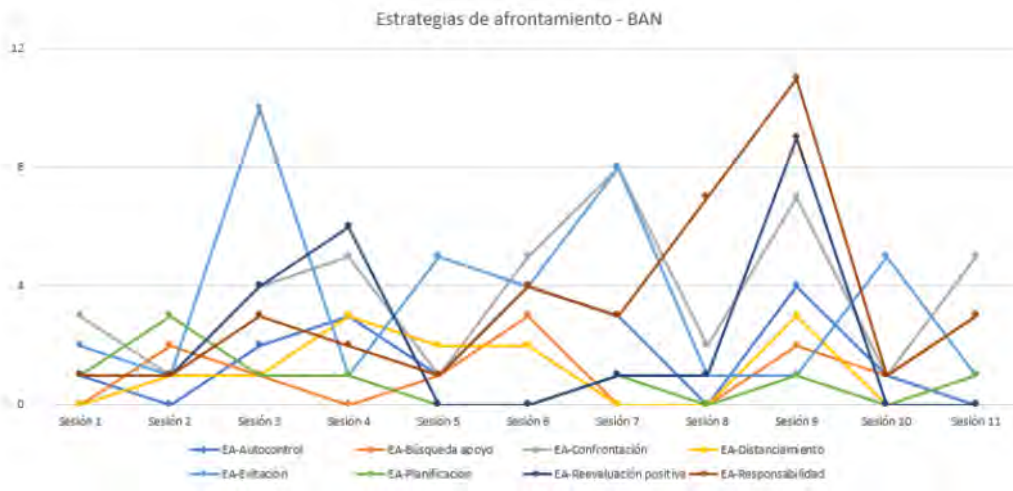
En la Figura 7 se muestra la evolución paulatina y constante en cuanto a los cambios terapéuticos, el dato más importante es el autoapoyo que se evidencia desde la tercera sesión y se consolida en el desarrollo del proceso.

**Figura 7 BAN - Cambio terapéutico**



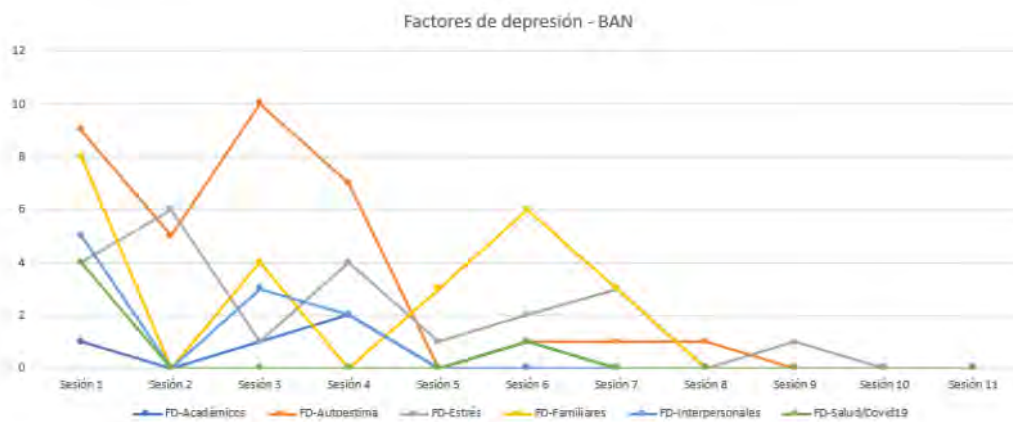
La Figura 8 representa la presencia de estrategias de afrontamiento y su evolución, la forma de huida-avoidancia se evidencia en las primeras 7 sesiones con alta frecuencia de aparición y hacia el final de la intervención se destacan como las más frecuentes la confrontación, reevaluación positiva y la aceptación de la responsabilidad.

**Figura 8 BAN - Estrategias de afrontamiento**



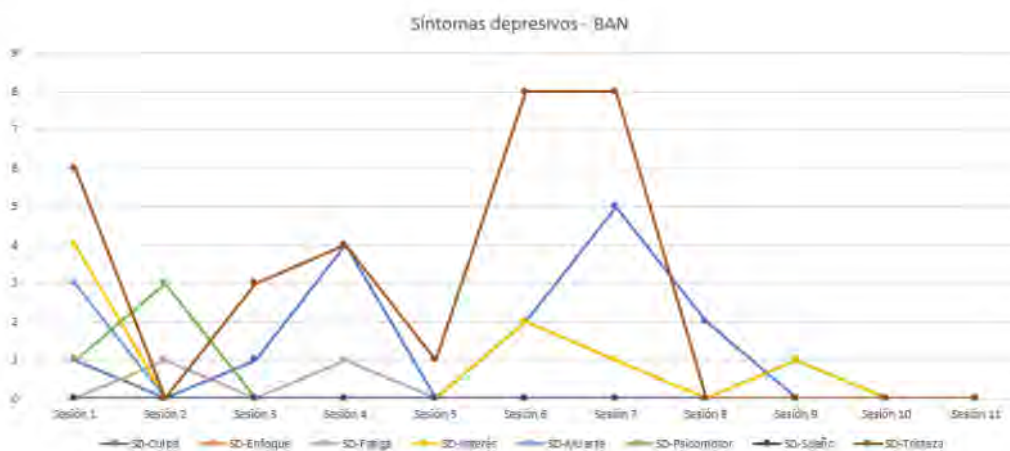
En cuanto a los factores de depresión obtenidos en la codificación se muestra en la Figura 9 cómo al iniciar se encontraban en el contenido varios factores que contribuían al desarrollo de síntomas depresivos, paulatinamente van decreciendo, en la sesión 6 ocurre un evento familiar significativo y posteriormente hacia el final de la intervención desaparecen los factores del contenido de la participante.

**Figura 9** BAN - Factores de depresión



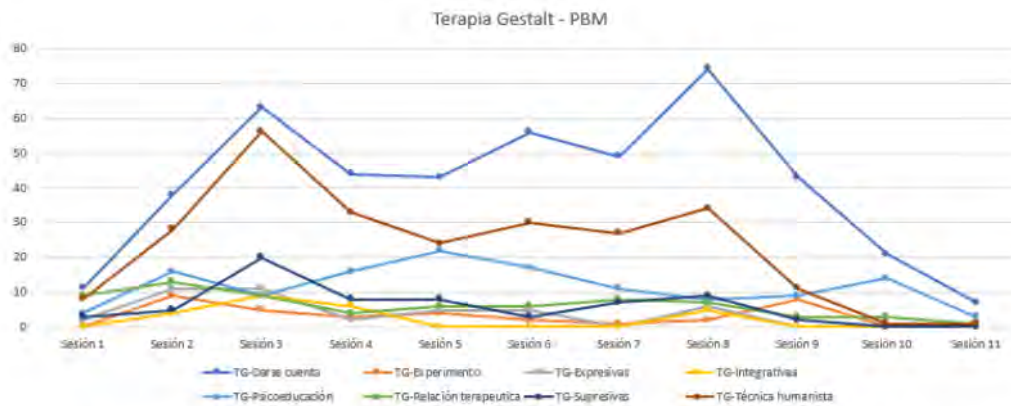
Por último, en relación con la participante BAN se observa en la Figura 10 la evolución de los síntomas depresivos, también se destaca el evento significativo en la sesión 6 que se trabaja en esa sesión y la posterior hasta disminuir los síntomas en su totalidad para el final de la intervención incluyendo el seguimiento.

**Figura 10** BAN - Síntomas depresivos



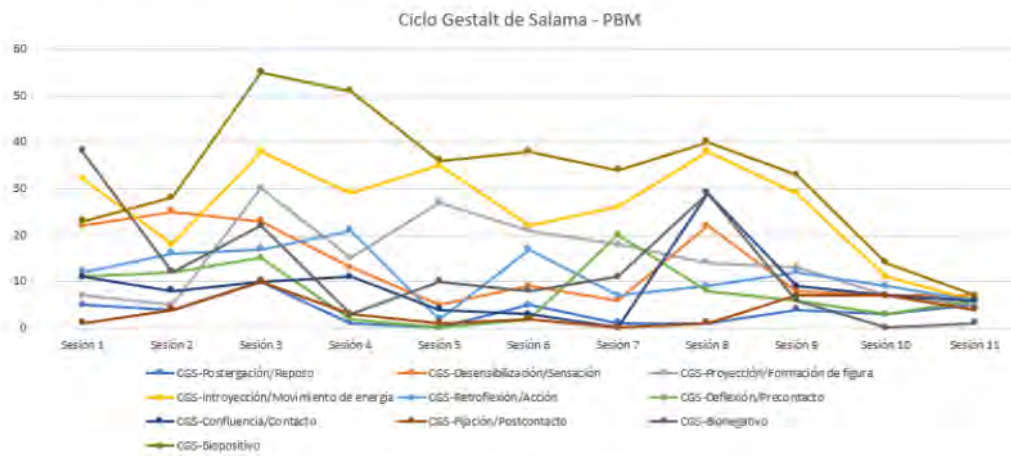
A continuación, se presentan las frecuencias de presencia de las categorías para el segundo participante, en la Figura 11 se encuentra explícito el uso de técnicas y se destaca la importancia de utilizar la psicoeducación como complemento del proceso psicoterapéutico. Al final no se observa presencia de técnicas dado que la sesión 10 y la de seguimiento se tratan de sintetizar y evaluar la evolución de la intervención.

**Figura 11** PBM - Terapia Gestalt



Como se observa en la Figura 12 se identificó que el bloqueo más trabajado fue el de introyección, seguido de proyección y confluencia. También se evidencia la transformación de la forma de usarlos hacia una forma biopositiva favorable para el organismo.

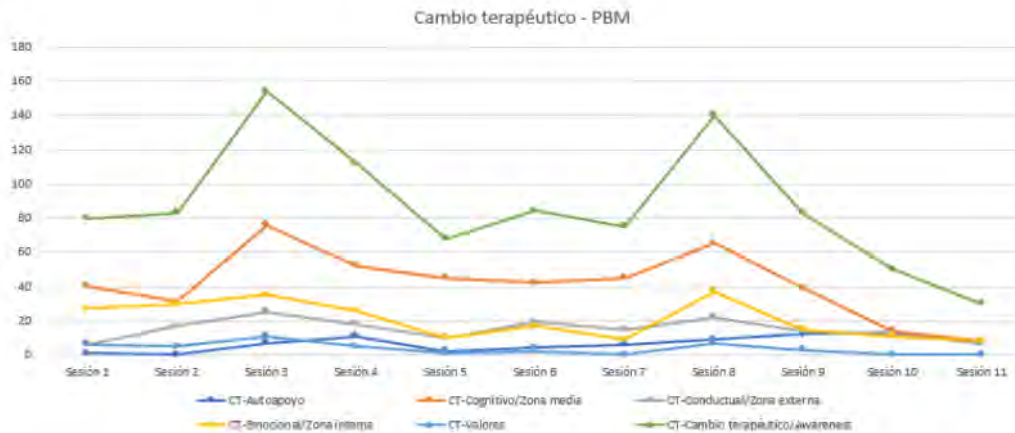
**Figura 12 PBM - Ciclo Gestalt de Salama**



En el caso del participante PBM, en la Figura 13 se observa la importancia de trabajar desde la zona media que corresponde a los procesos mentales, sin embargo, no se descuida

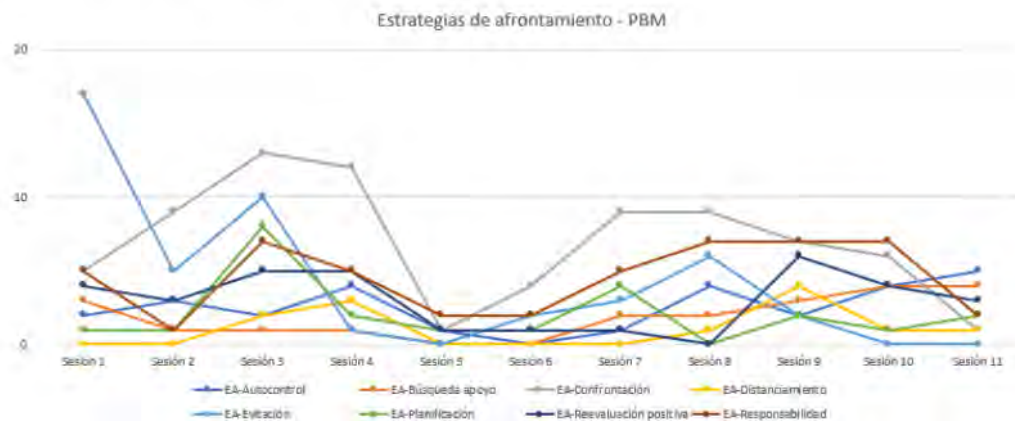
el trabajo en las otras zonas, al igual que en la búsqueda del autoapoyo. Se destacan la sesión 3 y 8 como las más relevantes.

**Figura 13 PBM - Cambio terapéutico**



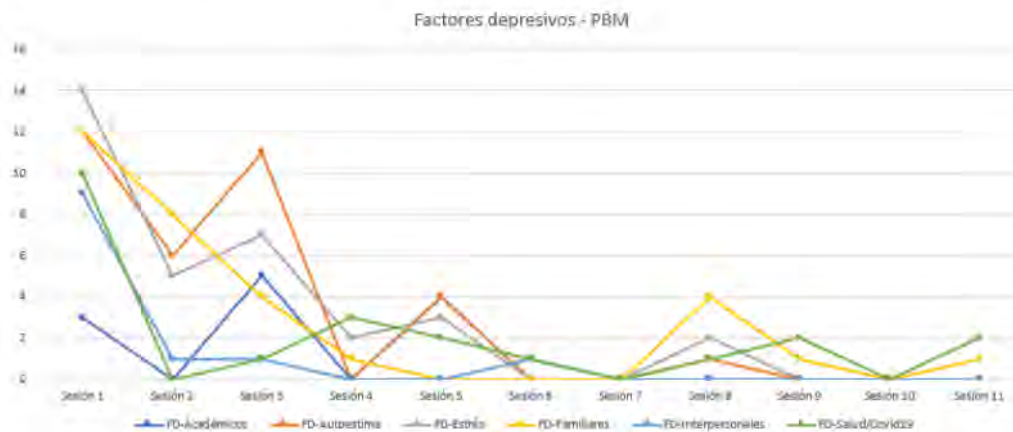
Al igual que la participante BAN, se evidencia en la Figura 14 la forma de usar la estrategia de huida-avoidancia al comienzo y cómo al atravesar por la intervención va disminuyendo y fortaleciendo la forma de confrontación, reevaluación positiva y aceptación de la responsabilidad.

**Figura 14 PBM - Estrategias de afrontamiento**



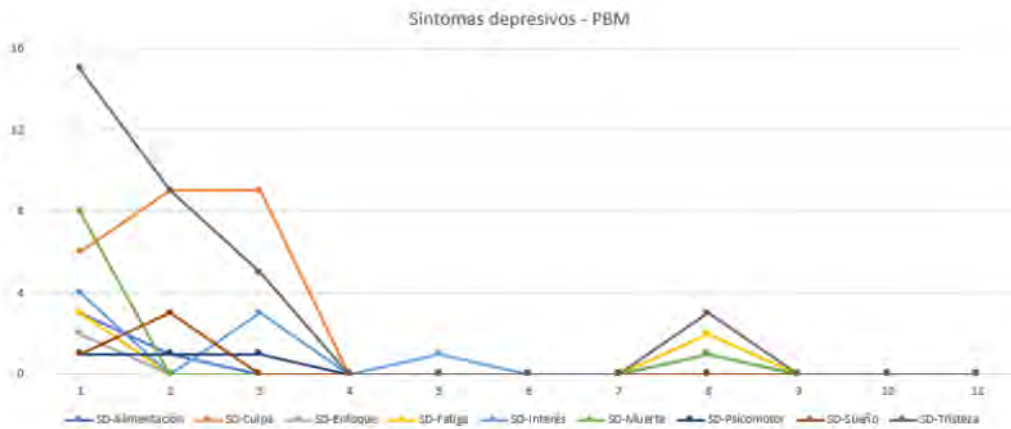
Los factores de depresión para el segundo participante se observan en la Figura 15, se destaca la alta frecuencia en el inicio de la intervención y también la reaparición en la sesión 8 debido a un duelo familiar. Si bien no se disminuyen al finalizar el seguimiento si se ve una mejoría significativa.

**Figura 15** PBM - Factores de depresión



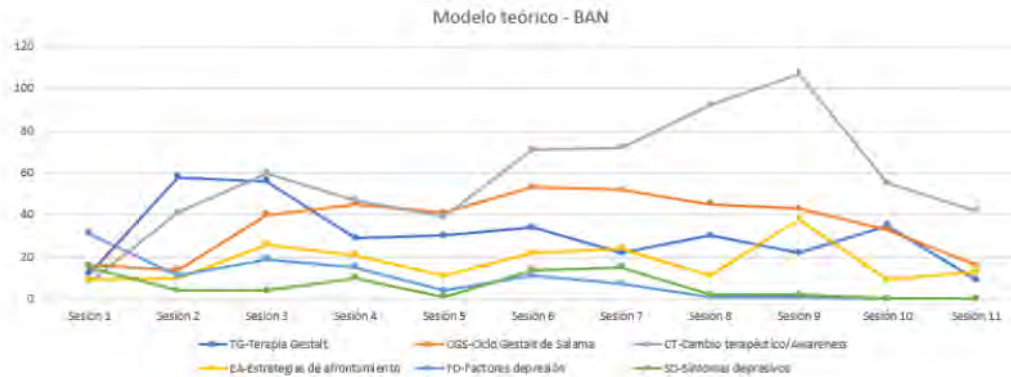
La presencia de factores de depresión está directamente relacionada con la presencia de síntomas depresivos, así como se muestra en la Figura 16, se inicia la intervención con una alta frecuencia de presencia, ocurre el evento de duelo en la sesión 8, sin embargo, lo afronta de forma satisfactoria, y al finalizar el seguimiento no hay presencia de síntomas en relación con el contenido expresado por él.

**Figura 16** PBM - Síntomas depresivos



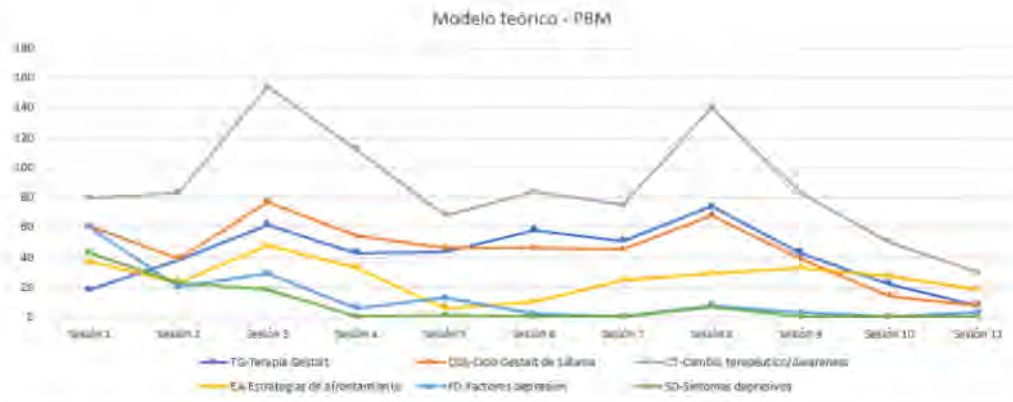
Posterior a la presentación por categorías se consideró relevante presentar la interacción de todas las categorías en base al modelo teórico diseñado. Para la participante BAN, se muestra en la Figura 17 como al trabajar desde la terapia Gestalt, el ciclo Gestalt de Salama y las estrategias de afrontamiento, da como resultado la disminución de síntomas depresivos.

**Figura 17** BAN – Modelo teórico



Para el participante PBM, se presenta el modelo teórico en la Figura 18 mostrando el mismo comportamiento que la primera participante en relación con el cambio terapéutico alcanzado gracias a la interacción de las categorías.

**Figura 18** PBM – Modelo teórico



En el apartado siguiente se exponen los datos obtenidos de la medición al finalizar el proceso psicoterapéutico y el seguimiento respectivamente.

### Condición Final de los Participantes

A continuación, se describen los resultados obtenidos de las últimas mediciones realizadas a los participantes en cada una de las categorías propuestas. En la Tabla 20 se observa el resultado de la participante BAN en el Inventario de Depresión de Beck en donde se evidencia la disminución de los síntomas depresivos relacionados con estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o de placer, fatiga o pérdida de energía, sentimientos excesivos de inutilidad o culpa, disminución de concentración y toma de decisiones e ideas recurrentes de muerte o suicidio. Los síntomas de alteraciones en peso y apetito, insomnio o hipersomnias y agitación o retraso psicomotor se mantienen.

**Tabla 17** Pre-test y post-test de síntomas depresivos e Inventario de Depresión de Beck II - BAN

Síntomas depresivos	Pre-test	Post-test
Estado de ánimo deprimido	1,25	0,0
Pérdida de interés o de placer	1,5	0,5
Alteraciones en peso y apetito	1	1
Insomnio o hipersomnia	1	1
Agitación o retraso psicomotor	0	0
Fatiga o pérdida de energía	0,5	0
Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa	1,6	0,4
Disminución de concentración y toma de decisiones	2	0,0
Ideas recurrentes de muerte o suicidio	1	0
BDI	26	6

En la Tabla 21 se presenta el desarrollo que alcanzó la participante BAN en los distintos bloqueos gestálticos, al finalizar la intervención se transformó el estado de todos los bloqueos en donde los de postergación, desensibilización y proyección se encuentran libres; los de introyección, retroflexión y confluencia se encuentran en estado funcional; y los de deflexión y fijación en estado ambivalente.

**Tabla 18** Pre-test y post-test de Test de Psicodiagnóstico Gestalt – BAN

Bloqueos gestálticos	Pre-test	Estado de bloqueo	Post-test	Estado del bloqueo
Postergación	2	Funcional	0	Libre
Desensibilización	2	Funcional	0	Libre
Proyección	2	Funcional	0	Libre
Introyección	6	Disfuncional	2	Funcional
Retroflexión	6	Disfuncional	2	Funcional
Deflexión	8	Bloqueado	4	Ambivalente
Confluencia	4	Ambivalente	2	Funcional
Fijación	6	Disfuncional	4	Ambivalente

En relación con las estrategias de afrontamiento utilizadas por la participante BAN se evidencia un aumento en la frecuencia de los estilos de confrontación, distanciamiento,

autocontrol, búsqueda de apoyo, aceptación de la responsabilidad, planificación y reevaluación positiva. Se presenta una disminución en la frecuencia de uso del estilo de huida-evitación.

**Tabla 19** *Pre-test y post-test de Cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman – BAN*

Estrategia de afrontamiento	Pre-test	Post-test
Confrontación	0,83	2,50
Distanciamiento	2,12	2,25
Autocontrol	1,55	2,11
Búsqueda de apoyo	2,20	2,8
Aceptación de la responsabilidad	2,0	2,75
Huida-evitación	1,88	1,33
Planificación	2,12	2,620
Reevaluación positiva	2,14	3,00

En cuanto al participante PBM se presenta en la Tabla 23 la disminución de los síntomas depresivos de estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o de placer, fatiga o perdida de energía y sentimientos excesivos de inutilidad o culpa. Hubo un aumento en el síntoma de disminución de concentración y toma de decisiones, y el resto de los síntomas se mantuvieron igual que en la medición inicial.

**Tabla 20** *Pre-test y post-test de síntomas depresivos e Inventario de Depresión de Beck II – PBM*

Síntomas depresivos	Pret-test	Post-test
Estado de ánimo deprimido	1,50	0,5
Pérdida de interés o de placer	1,0	0,5
Alteraciones en peso y apetito	0	0
Insomnio o hipersomnia	1	1
Agitación o retraso psicomotor	0	0
Fatiga o perdida de energía	2,0	1
Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa	1,4	1,0

Disminución de concentración y toma de decisiones	0	0,5
Ideas recurrentes de muerte o suicidio	0	0
BDI Pretest	24	14

El desarrollo en los bloqueos gestálticos del participante PBM se muestran en la Tabla 24 en donde se observa que hubo una transformación a un estado libre en los bloqueos de postergación y confluencia; los bloqueos de desensibilización, introyección, deflexión y fijación se encuentran en estado funcional; y los bloqueos proyección y retroflexión se mantuvieron al igual que en la medición inicial.

**Tabla 21** *Pre-test y post-test de Test de Psicodiagnóstico Gestalt – PBM*

Bloqueos gestálticos	Pret-test	Estado de bloqueo	Post-test	Estado del bloqueo
Postergación	2	Funcional	0	Libre
Desensibilización	4	Ambivalente	2	Funcional
Proyección	0	Libre	0	Libre
Introyección	6	Disfuncional	2	Funcional
Retroflexión	4	Ambivalente	4	Ambivalente
Deflexión	4	Ambivalente	2	Funcional
Confluencia	4	Ambivalente	0	Libre
Fijación	4	Ambivalente	2	Funcional

En la Tabla 25 se evidencia el resultado del participante PBM en el aumento de las estrategias de afrontamiento de confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo, planificación y reevaluación positiva. Por otra parte, hubo disminución en la frecuencia de uso de las estrategias de aceptación de la responsabilidad y huida-avoidancia.

**Tabla 22** *Pre-test y post-test de Cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman – PBM*

Estrategia de afrontamiento	Pret-test	Post-test
Confrontación	0,66	0,83
Distanciamiento	1,00	1,50
Autocontrol	1,22	1,55

Búsqueda de apoyo	1,20	1,4
Aceptación de la responsabilidad	2,5	1,25
Huida-evitación	1,77	1,33
Planificación	0,87	1,375
Reevaluación positiva	0,57	1,42

En la Tabla 26 se presentan los resultados obtenidos por los participantes en el seguimiento en donde se midieron nuevamente sus síntomas depresivos en donde se presenta la poca presencia de síntomas depresivos en los dos casos.

**Tabla 23** Seguimiento de síntomas depresivos e Inventario de Depresión de Beck II

Síntomas depresivos	BAN	PBM
Estado de ánimo deprimido	0	0,5
Pérdida de interés o de placer	0	0,5
Alteraciones en peso y apetito	0	0
Insomnio o hipersomnia	0	0
Agitación o retraso psicomotor	0	0
Fatiga o pérdida de energía	0	0
Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa	0,2	1,0
Disminución de concentración y toma de decisiones	0	0
Ideas recurrentes de muerte o suicidio	0	0
BDI	2	9

Por último, en la Tabla 27 se puede observar la evolución de los síntomas depresivos y los niveles de depresión de los dos participantes. Se destaca de la participante BAN que al momento de su seguimiento solo presenta un síntoma depresivo relacionado con los sentimientos excesivos de inutilidad y culpa, sin embargo, hay una disminución con respecto al post-test. Para el participante PBM se observa en el seguimiento disminución en los síntomas de insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de energía, disminución de concentración y toma de decisiones, y el resto de los síntomas se mantienen igual que en la medición del post-test.

**Tabla 24** *Evolución de síntomas depresivos e Inventario de Depresión de Beck*

Síntomas depresivos	BAN			PBM		
	Pre-test	Post-test	Seguimiento	Pre-test	Post-test	Seguimiento
Estado de ánimo deprimido	1,25	0	0	1,50	0,5	0,5
Pérdida de interés o de placer	1,5	0,5	0	1,0	0,5	0,5
Alteraciones en peso y apetito	1	1	0	0	0	0
Insomnio o hipersomnia	1	1	0	1	1	0
Agitación o retraso psicomotor	0	0	0	0	0	0
Fatiga o pérdida de energía	0,5	0	0	2,0	1	0
Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa	1,6	0,4	0,2	1,4	1,0	1,0
Disminución de concentración y toma de decisiones	2	0	0	0	0,5	0
Ideas recurrentes de muerte o suicidio	1	0	0	0	0	0
BDI	26	6	2	24	14	9

En el siguiente apartado se procede a la discusión de los resultados en donde se trabajó con los resultados cualitativos y cuantitativos analizados en vistas del marco de referencia teórico. Una vez se hayan discutidos los hallazgos se procederá a presentar las conclusiones en relación con los objetivos, el supuesto teórico y la pregunta de investigación.

## **Capítulo IV. Discusión y Conclusiones**

En este apartado se encuentran los aspectos relevantes obtenidos del proceso de construcción de la intervención, en donde se resaltan los factores predisponentes, los modelos explicativos de la depresión y principalmente los aportes teóricos de la terapia Gestalt para la comprensión del fenómeno. Se contrastará esa información con los hallazgos obtenidos una vez finalizado el proceso de intervención, la presentación de resultados tanto cualitativos y cuantitativos. Se presentan las conclusiones basadas en los objetivos de investigación, la pregunta de investigación y el supuesto teórico. Por último, se mencionan los aportes académicos, limitaciones del estudio y recomendaciones para futuros productos.

### **Discusión**

La depresión es un fenómeno que depende de varios factores, las experiencias vitales que son estresantes, las dificultades económicas y situaciones académicas. También del estado de salud del organismo, también como destacan Arrieta, Díaz y González, (2014), factores familiares y altos niveles de ansiedad. Estos fueron observados en el contenido encontrado por parte de los participantes, fueron frecuentes las situaciones familiares, los factores académicos, las relaciones interpersonales y el estrés causado por las situaciones de la vida cotidiana, en la que en el momento de la intervención se encuentran atravesando la pandemia 2020-2021 por covid-19. En los dos participantes, si bien manejaron distintas dificultades se evidenció que las áreas de la vida importantes fueron similares, por ejemplo, la académica, familiar, personal y relacional.

Teniendo en cuenta dichos factores del fenómeno depresivo, así como refieren Londoño y González, (2016), en la presencia de síntomas depresivos interactúan aspectos de orden biológico, psicológico, eventos sociales adversos y dificultades ambientales. Sí se

evidenció dicha interacción, sin embargo, los síntomas varían de una persona a otra en intensidad, duración y frecuencia, es vital considerar aspectos más fáciles de distinguir como lo son las estrategias de afrontamiento y los bloqueos gestálticos, esto permitió aumentar la comprensión del fenómeno más que dictaminar las causas o factores que contribuyen a la presencia de síntomas. Se encontraron similitudes en las estrategias de afrontamiento usadas al inicio de la terapia y al finalizar, la forma de huida-evitación se presentó en los dos casos al comienzo, al igual que aumentos en el uso de confrontación, reevaluación positiva y aceptación de la responsabilidad al finalizar la intervención. A su vez la presencia de formas bionegativas de los bloqueos gestálticos de introyección, retroflexión y confluencia principalmente a la hora de alcanzar la satisfacción de necesidades.

Un factor relevante parte de los hallazgos es la influencia del estrés en el uso de formas inadecuadas de estrategias de afrontamiento para resolver las situaciones de la vida cotidiana, esto concuerda con lo propuesto por Burnett (2019), en cuanto refiere que se desarrollan síntomas cuando los factores estresantes exceden los recursos del cerebro y la persona para ajustarse y facilitar el desarrollo de las personas.

En el estudio realizado por Castaño-Cervantes (2018) destacaron varios temas importantes del bienestar subjetivo relacionado con los síntomas depresivos, la intervención que desarrollaron la hicieron usando psicoeducación en síntomas depresivos, estrategias de afrontamiento, identificación de pensamientos favorables, examinar las emociones, habilidades en resolución de problemas, juegos de roles y creación de planes de acción. Se corroboró la pertinencia de la psicoeducación dado que de cierto modo se trabajó a lo largo de la intervención con dichos temas y el proporcionar esa información contribuyó a la evolución de los casos.

También, Hemati-Alamdarloo, Moradzadeh-Khorasani, Najafi, Soosan-Jabbari & Shojaee (2019), utilizaron la psicoeducación, la planificación, las tareas y entrenamiento en el modelo de Albert Ellis y entrenamiento en estrategias de afrontamiento. Concuerda con los resultados obtenidos en la presente investigación dado que se incorporaron trabajos similares a lo propuesto por ellos desde la perspectiva de la terapia Gestalt manteniendo los principios y fundamentos del enfoque.

Dentro de la intervención aquí aplicada se hizo énfasis en la emoción y la toma de consciencia de ellas, obteniendo una disminución en los síntomas, así como en el estudio de Ellison, Greenberg, Goldman y Angus (2000) en donde usaron la terapia enfocada en la emoción y también obtuvieron resultados satisfactorios. Al igual que en el estudio realizado por Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos & Steckley, (2003) en el que aplicaron una terapia enfocada en la experiencia que comparte similitudes con la gestalt, obteniendo como resultado aumentar la autoestima, aliviar el estrés y mejorar sus actitudes hacia sí mismos y otros. Se asemejan a los resultados obtenidos en cuanto a los introyectos usados de forma biopositiva desarrollados a partir de la intervención y también el desarrollo de estrategias de afrontamiento apropiadas según la situación particular de cada participante.

Las técnicas clásicas de la terapia Gestalt siguen demostrando efectividad, en los hallazgos de evidenció el efecto de utilizarlas y es comparable con lo que encontraron Rosner, Beutler & Daldrup, (2000) en la aplicación de psicoterapia enfocada en la expresión una forma de terapia Gestalt manualizada, ellos usaron técnicas como diálogo de dos sillas, fantasía dirigida y ejercicios de darse cuenta apuntando a la magnificación y exageración de emociones suprimidas, técnicas que también fueron utilizadas en la intervención propuesta

alcanzando resultados en el aumento del darse cuenta, y por lo tanto, en la disminución de síntomas depresivos.

Los aportes de la psicoterapia humanista como propuso Mazadiego, (2005) relacionados con la habilidad de experimentar las emociones, promover el autoconocimiento, autoestima, capacidad de elegir, su creatividad, valores y potencialidades, también fueron incorporados dentro de la intervención, mostrando su importancia en el trabajo con los participantes y el resultado experimentado por ellos.

Uno de los hallazgos más relevantes fue la relevancia de trabajar en el aumento de la capacidad de darse cuenta, percatarse de sí mismo y el entorno, así como sugiere Castanedo (2008). Es notorio la contribución al cambio terapéutico dado que, si bien hay técnicas y también aspectos a considerar, el fondo de esta aplicación fue siempre intervenir en esa capacidad que les permitió a los participantes tomar la responsabilidad de sus situaciones y atenderlas. Contrastado con la propuesta de Perls (1976) acerca de la intervención con síntomas depresivos en donde destaca que el individuo requiere identificar lo que necesita para así poder gestionar sus recursos y contactar con el ambiente para alcanzar lo que desea.

El trabajo en aspectos de las formas en que la persona interrumpe la satisfacción de necesidades, la integración de polaridades fue de gran apoyo para aliviar la presencia de síntomas depresivos. Que se relaciona con lo que propuso Tyson y Range (2003), el malestar puede ser causado por la falta de consciencia del conflicto entre dos polaridades que se manifiesta como un tipo de neurosis.

Los síntomas descritos en el manual diagnóstico de trastornos mentales (APA, 2014) se presentaron en distintos eventos durante el desarrollo de las sesiones, no se tenía contemplado la ideación suicida por el distinto manejo, sin embargo, si hubo presencia de ideas relacionadas con la muerte.

La tristeza siendo el síntoma más representativo de la depresión, y según Cuervo y Izzedin, (2007) promueve modificaciones en varias dimensiones, se observó que a nivel conductual el comportamiento de los participantes es influenciado directamente, en el aspecto cognitivo se evidenció a través de las ideas compartidas, y generalmente se vinculan con las dimensiones afectivas y fisiológicas.

La disminución en sentir placer se encontró en las alteraciones en las actividades debido a la situación extraordinaria de la pandemia, dentro del análisis de contenido se evidenció el código relacionado con la salud y el covid-19 que dio cuenta de la presencia de ese síntoma. Contrastando con lo que menciona Olivares (1995) acerca de la incapacidad de percibir sensaciones de forma consciente, también la característica expresiva de lo que se siente y la apatía, fue notoria en algunas de las manifestaciones de los participantes.

Aspectos relacionados con la edad, la alimentación y el bajo índice de masa corporal se presentó en los participantes en forma de cuestionamientos acerca de su peso y la autoimagen corporal, confirmando aquello que menciona Matía (2011) acerca de que algunas de esas variables es necesario tenerlas en cuenta a la hora de trabajar con la experiencia depresiva.

Es común la presencia de perturbaciones en la calidad del sueño y el descanso, así como dijo Gaillard (2004) se experimenta de forma insatisfactoria o insuficiente. La presencia de este síntoma fue atribuido a alteraciones en la rutina, la pandemia, decisión propia por ocuparla en eventos de ocio y se hace importante mencionar que a medida que se regulaban otros síntomas, de forma indirecta la calidad del sueño iba mejorando dado que al finalizar las sesiones se encontraba ausente el síntoma.

Sabiendo que la respuesta conductual se ve disminuida en la presencia de síntomas depresivos, también es posible que se presente lo contrario. En el caso de los participantes

fue notorio la reducción en el repertorio conductual al igual que en la velocidad de respuesta en las primeras sesiones, lo cual está relacionado con lo que estipulan Menéndez y Brochier (2011) acerca de que la actividad psicomotriz está mediada por varios factores que incluyen más dimensiones que el mero hecho de ejecutar acciones para lograr adaptarse a la vida cotidiana.

Relacionado con el síntoma anterior se encuentra la fatiga, que como dice Aaronson, Teel, Cassmeyer, Neuberger, Pallikkathayil, Pierce, Press, Williams & Wingate (1999) tiene influencias de aspectos psicológicos, fisiológicos, sociales y culturales, si bien se disminuye la capacidad para realizar actividades no es posible determinar una sola causa. Se evidenció en el proceso que la fatiga era producida por las soluciones intentadas para dar una respuesta adaptativa a los factores estresantes, y en ocasiones llegaba a puntos en que no había energía para accionar, poco a poco se va recuperando al trabajar en las distintas dimensiones anteriormente mencionadas.

Un síntoma frecuente encontrado en los participantes frente al fenómeno depresivo fueron las ideas infravaloradas acerca de aspectos de cada uno, como dice Strandmark (2004), el contenido de estas ideas está vinculado a la creencia de habilidades o capacidades, las ideas de culpa y reproches de su forma de actuar. Dentro de los factores de depresión fue uno de los más frecuentes dentro de todo el proceso y fue por eso que se trabajó con bastantes introyectos principalmente relacionados a la creencia personal de déficits.

La habilidad de atención como proceso psicológico se ve alterada en la presencia de síntomas depresivos, lo que dificulta el procesamiento de la información y la realización de actividades, así como dice Londoño (2009), se utiliza la capacidad de sentir y los sistemas de procesamiento de estímulos. En consonancia con la anterior cuando los participantes

muestran una forma bionegativa de desensibilización se torna difícil el procesamiento de estímulos, la completa satisfacción de necesidades y la toma de decisiones.

Al tratarse del síntoma relacionado con los pensamientos de muerte e ideación suicida, como se estipula en el manual diagnóstico (APA, 2014) tiene niveles, en el caso de los participantes solo se observaron ideas relacionadas con la muerte sin una planificación, ni autolesión ni tampoco intentos.

Ya al mencionar la forma de afrontamiento dependiente del género, con concordancia con lo propuesto por el National Institute of Mental Health (2007), el hombre participante presentó síntomas de fatiga, irritabilidad, disminución en el interés por actividades placentera y alteraciones en el sueño. Por otra parte, la participante mujer presentó predominantemente ideas de minusvalía, culpa y tristeza con mayor frecuencia. También mencionan que en adultos jóvenes es frecuente la presencia de ansiedad y comportamientos desadaptativos, sin embargo, sólo se evidenció la presencia de ansiedad en niveles bajos y alteraciones en la alimentación e higiene personal.

Algo vital que merece la pena comentar son los determinantes sociales de la salud, como mencionan González-Forteza, Hermosillo de la Torre, Vacío-Muro, Peralta y Wagner (2015), estos pueden variar dependiendo del acceso que tiene la persona a recursos e instituciones. Los participantes al estar inscritos en una institución educativa de nivel superior dieron cuenta que tienen los mínimos recursos sociales requeridos para adaptarse y satisfacer sus necesidades primarias, soportado por el contenido de su comunicación. En este caso particular al finalizar la intervención los dos accedieron a formas de generar ingresos, en un caso con un trabajo formal y en el otro con un trabajo independiente.

Al hablar de formas de adaptarse se retoman las estrategias de afrontamiento para la solución de problemas, en el estudio de Turner, Zayas & Ross (2002) presentaron ciertas

estrategias que consideran importantes para la adaptación. Dichas estrategias se trabajaron desde el modelo de Lazarus y Folkman, y concordó con estrategias relacionadas enfocadas en el problema, en la emoción, y se resalta la importancia para los participantes la búsqueda de apoyo y la reestructuración cognitiva que fue trabajada desde la modificación de introyectos.

La forma de afrontamiento según dice Vega, Villagrán, Nava y Soria (2013) se evidenciaron de las dos formas que propusieron, unas relacionadas con el repertorio particular de los participantes y, por otra parte, el nivel de estrés que presentaron los individuos también los llevó a movilizar recursos para subsanar las situaciones desfavorables. Otro aspecto que mencionan es que cuando se usan estrategias de afrontamiento basadas en la emoción se requiere enfocarse en otras que no sean el uso de la fantasía, la evitación o la autocrítica dado que estarían vinculadas con la presencia de síntomas depresivos, lo cual fue evidente en los resultados de la codificación y la presentación de la evolución sesión por sesión de cómo se fortalecieron estrategias de afrontamiento eficaces. Que también se soporta con lo propuesto por Sepúlveda-Vildósola, Romero-Guerra y Jaramillo-Villanueva (2012) acerca de que al hacer uso de estrategias de afrontamiento pasivas aumenta la presencia de síntomas depresivos.

En el estudio realizado por Turner, Kaplan, Zayas & Ross (2002) también se hizo énfasis en las estrategias de afrontamiento usadas por mujeres jóvenes que han cometido intentos suicidas, que si bien la participante mujer no presentó ideación suicida si se siguió la recomendación de dichos autores de enfocar en las estrategias activas, entendidas como las que facilitan un cambio en la conducta, percepción y/o gestión emocional.

En el caso del participante PBM fue notoria la influencia de su dinámica familiar en su sintomatología depresiva, y particularmente con la figura paterna. Lo cual se asemeja a lo

comentado por hoyos, Lemos y Torres (2012) quienes destacaron que la baja cohesión familiar y la interacción con la figura paterna está relacionada con la presencia de síntomas depresivos. También hicieron énfasis en las dificultades sociales, los factores académicos y la interacción en esos ambientes, que en los participantes se evidenció debido a la pandemia, el curso de su carrera universitaria y las distintas percepciones que tienen de sus docentes, compañeros de estudio y de sí mismos. Lo anterior fue intervenido de forma indirecta, no tratado como un síntoma sino como un factor estresante y se evidencian los resultados al finalizar la intervención.

Es importante destacar el efecto de la pandemia en cuando a los síntomas depresivos, Morales (2007) y Berenzon, et al. (2013) hacen hincapié en como algunas situaciones de la dimensión social tienen influencia, también el ser mujer, tener bajos niveles de ingreso y reconocimiento social, el desempleo, el aislamiento social, entre otras. En el caso de los participantes se evidenció la presencia de varios de estos factores destacan en BAN el hecho de ser mujer y sufrir ciertos atropellos en los contextos inmediatos que mantenían sus ideas de minusvalía, al igual que en PBM con la presencia de estrés debido a la falta de trabajo, capacidades y reconocimiento. Al poder tomar consciencia acerca de eso durante el proceso, orgánicamente los participantes logran atravesar esas situaciones estresantes alcanzando una forma adaptativa generadora de bienestar y calidad de vida.

Al trabajar desde el marco de referencia humanista no se niega la importancia de otros modelos psicoterapéuticos, por lo tanto, se procede a hacer una relación con las perspectivas del fenómeno de la depresión y qué se encontró al respecto. El modelo conductual se fija en las consecuencias gratificantes independientemente de si existe un estímulo real o no (Fester y Skinner, 1957), en los participantes se observó que al comienzo de la intervención había una disminución en la percepción de satisfacción con las actividades realizadas y

paulatinamente se fue presentando el alcance de cambios terapéuticos que dieron cuenta del aumento en el nivel de gratificación hasta alcanzar el final de la intervención con logros sobresalientes en los dos casos. También se contrasta con la propuesta de Lewinsohn y colaboradores (Lewinsohn & Gotlib, 1995; Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger, 1985) de tratarlo con un programa de actividades satisfactorios, con el fortalecimiento de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento. Durante toda la intervención se realizó un trabajo similar teniendo en cuenta que la terapia Gestalt no es tan directiva como el modelo conductual, sin embargo, se encontró que funcionó el haber dirigido esfuerzos a fortalecer estos aspectos en los participantes.

En relación con el modelo cognitivo, particularmente el clásico de Beck en Pérez y García (2001) se destacan la falta de refuerzo, la disminución de gratificación debido a la ansiedad independientemente de la capacidad del sujeto y, las formas erróneas de percibir los eventos. En el caso de los dos participantes se evidenció la falta de reconocimiento externo e interno, la disminución de la consciencia de gratificación debido a los múltiples factores estresantes experimentados al comienzo de la intervención y, las formas de percibir eventos estuvieron mediadas por el uso de bloqueos gestálticos de forma bionegativa como la introyección, la desensibilización, la retroflexión y la confluencia.

Uno de los enfoques más reconocidos para el tratamiento de la depresión es el interpersonal, según Carrasco (2017) propone que los síntomas están relacionados con los eventos de la primera infancia y eventos adversos de la vida cotidiana, lo cual se vincula con la vulnerabilidad interpersonal, es decir, las dificultades de apego, habilidades comunicativas, apoyo social, y otras variables de corte relacional. Durante el proceso se evidenció la influencia de la vinculación con otras personas y su interacción en la aparición de síntomas depresivos, específicamente con la familiar nuclear o aquellas personas cercanas

como los hermanos. Fue notoria la influencia que tienen las proyecciones de esas personas y también los introyectos no digeridos recibidos por esas relaciones significativas, incluyendo la pareja. Dichos eventos de la infancia también se relacionan con la teoría psicoanalítica, también Carrasco (2017) sugiere que esas experiencias traumáticas de los primeros años del ciclo vital se convierten en aspectos significativos en la adultez.

### **Conclusiones**

El trabajo realizado con el propósito de profundizar en la comprensión de la depresión fue satisfactorio, independientemente del resultado obtenido soportado por los instrumentos de evaluación y el análisis de contenido, se evidenció la importancia de utilizar cada vez más modelos distintos a los tradicionales que permitan la ampliación de las herramientas para atender situaciones y experiencias que son únicas para la persona a pesar de que es posible compartir las dimensiones alteradas con otros seres humanos.

El proceso de construcción de la investigación se dio de forma armónica, para poder conocer los cambios de algo primero se hace indispensable conocer el fenómeno, esto se logró a partir de la formulación del problema, y soportado en los antecedentes se procedió a darle un sentido e importancia al trabajo que se realizó. Posteriormente, el soporte teórico proporcionó información complementaria a la comprensión de los síntomas depresivos y de ese modo se pudo compilar los aportes desde diferentes corrientes psicoterapéuticas con énfasis especial en la terapia Gestalt. Fue relevante el no haber cerrado el marco de referencia a sólo el enfoque humanista porque en los resultados se evidenció la contribución de los otros enfoques, es decir, se pudiese llegar a resultados similares dado que el enfoque humanista no pretende tener la razón sino incorporar todo aquello que sea funcional para la persona y que sea usado en función de los postulados epistemológicos.

Los síntomas depresivos no se presentan debido a una sola causa rastreable, por lo que resulta ambicioso querer dar respuesta desde un solo una de las partes, en esto el enfoque de la Gestalt permitió que la misma persona fuera quien descubriese aquellos factores depresivos que contribuían a la aparición de sintomatología, de ese modo y haciendo uso de las técnicas que promueven el darse cuenta los participantes finalizaron la intervención con menos síntomas depresivos y usando estrategias de afrontamiento apropiadas con mayor frecuencia en relación con el inicio de la intervención. Esto resulta importante destacarlo dado que no se intervino directamente los síntomas, siguiendo el modelo teórico la atención se tuvo en el campo compuesto por el organismo ambiente y todo lo que sucedió, esto proporcionó información relevante que da cuenta del proceso de cambio para llegar al tratamiento de los síntomas y al aumento de los recursos personales para hacerle frente a las dificultades posteriores.

En el proceso se pudo observar cómo los factores depresivos en los participantes de cierto modo coincidían en sus dimensiones, pero no en contenido, la familia, la academia, las relaciones interpersonales y el proceso de salud detonado por el covid-19. Es vital resaltar que los participantes se encontraban en situaciones similares, pero manejaban unas formas de usar los bloqueos gestálticos particulares, sin embargo, del análisis de contenido se obtuvo que a la hora de tratarse de síntomas depresivos hay unos más significativos que otros, como lo son el de introyección, confluencia, retroflexión y deflexión. Los mencionados anteriormente se encuentran en su mayoría en la parte activa del ciclo de la experiencia que podría ser relacionado con postulados como los del enfoque cognitivo conductual que usan dentro de su intervención la activación conductual. Se mostró la eficacia de permitirle a la persona tomar responsabilidad de sus decisiones, y al manejar una terapia no directiva

permitieron que la persona identificara, reflexionara y desarrollara las formas auténticas de ajustarse creativamente a la resolución de su situación actual.

Las formas en las que se trabajaron los recursos de los participantes fueron a través de la intervención en los bloqueos gestálticos, que en otras palabras son formas en las que la misma persona interrumpe la satisfacción de sus necesidades o el cierre de las Gestalt. Uno de los aportes de esta investigación es que, al facilitar la toma de consciencia de las tres zonas, la persona logra por sí misma identificar en qué momentos obstaculiza su propio bienestar, y al avanzar en las sesiones se fue haciendo notorio la forma biopositiva de usar los bloqueos gestálticos. Cabe destacar que la palabra bloqueo no debe ser tomada como negativa, simplemente la persona opta por realizar esos ajustes creativos ante sus dificultades de hacerse cargo de sus necesidades, al volverse biopositiva se refiere a que las formas de responder se volvieron sintónicas con el organismo en relación con el ambiente. Se corroboró la información proporcionada por los autores acerca de los bloqueos de retroflexión y deflexión, sin embargo, se agrega que en cada uno de los bloqueos es posible identificar una relación con la aparición de síntomas depresivos. Esto resulta con consonancia con los principios de la terapia Gestalt dado que no es posible dividir a la persona, por lo tanto, dividir la experiencia o las fases resulta impensable.

Un aspecto importante fue el trabajo indirecto con las estrategias de afrontamiento, esta información se obtuvo en el análisis de contenido y en el instrumento dedicado a este apartado, se evidenció como al inicio de la intervención los participantes preferían por usar con mayor frecuencia estrategias de los distanciaban de la solución no porque la estrategia no funcionaba sino que era utilizada de forma indiscriminada, entonces, al momento de atravesar la intervención y aumentar la capacidad de darse cuenta pudieron escoger libre y

conscientemente una estrategia que les favorecía, y coincidía con las estrategias propuestas en el soporte teórico de aceptación de la responsabilidad, la confrontación y la reevaluación positiva. Las estrategias mencionadas antes posiblemente sean las que en presencia de síntomas depresivos pueden promover cambios significativos en la forma en que se atienden los problemas, disminuyen los factores estresantes y como consecuencia los síntomas.

El cambio terapéutico va de la mano con el aumento en la comprensión de sí mismo por parte del individuo, al identificar las formas en las que cada uno afrontó su situación de vida permitió la apertura a nuevas formas como el apoyo social y se experimentaron como capaces de responder de forma efectiva a los obstáculos de la vida. No es apropiado decir que esos cambios son producto de la intervención, pero si son frutos del esfuerzo de los participantes de tomar responsabilidad debido al aumento del darse cuenta de las zonas de consciencia.

En consonancia con el propósito de la terapia Gestalt, los participantes lograron integrar partes de sí mismos y también afinar la interacción entre pensar con la mente y sentir con las emociones a través del cuerpo. Al realizar esta distinción se abren formas de responder adecuadas según la situación lo requiera, también están relacionadas con las estrategias de afrontamiento, que se utilicen según amerite la situación, ya sea si es enfocado en el problema o en la emoción. Para esto los participantes invirtieron tiempo dentro y fuera de la terapia a vivenciar su situación actual y no en la búsqueda de agentes externos que facilitaran el cambio. Esto es congruente con los principios de la terapia de no ofrecer instrucciones y soluciones que generen cambios, se dio de forma natural el desarrollo de la forma auténtica de entrar en contacto con la experiencia, las necesidades y los satisfactores correspondientes según su propia percepción.

Las técnicas principales de la terapia Gestalt, supresivas, expresivas e integradores funcionan de puente hacia la exploración de lo que es legítimo para cada persona, en vez de quizá presionar hacia la dirección que el terapeuta cree que debe dirigirse. Es una forma respetuosa de dirigirse a los participantes y dado el resultado fue efectivo para la disminución de síntomas depresivos, en donde la persona decide por sí misma activarse, rastrear los introyectos y también atravesar por cada una de las fases con el único propósito de conocerse para después experimentar una nueva forma que se ajuste a lo que desea realmente rompiendo con la confluencia con el ambiente y alcanzando nuevamente la indiferencia creativa que es facilitadora de nuevas necesidades, que por supuesto aumenta los deseos favorables por el futuro y por lo tanto se encuentra relacionado con el sentido de vida.

La intervención desde la terapia Gestalt proporcionó una estructura que le permitió a los participantes la exploración de aquellas formas de contactar con el ambiente que propiciaban la aparición de síntomas depresivos, y al trabajar de forma directa en la persona, se habilitó la capacidad de darse cuenta confirmando que es la piedra angular de todo el proceso de cambio que se presentó durante toda la intervención. Al mencionar los cambios terapéuticos se evidenciaron en relación con las tres zonas de consciencia y las dimensiones del ser humano que representan, la zona interna representa la somática, la zona externa con la social y la zona media con el aspecto psicológico cognitivo. El proceso se efectuó de forma paulatina en donde la persona inicia la intervención con una disminuida capacidad de darse cuenta y al atravesar por el proceso reconoce dicha capacidad para ampliar su comprensión y ejecutar nuevas acciones para atender sus necesidades.

Para finalizar los síntomas depresivos lejos de ser patológicos son ajustes creativos que realiza la persona a su situación de vida, al haber aumentado la capacidad de darse cuenta

se incluyen también las formas variadas en la que se presentan los síntomas, dado que son dependientes de múltiples causas no es posible identificar el cómo los participantes logran, sin embargo, es deducible de la aplicación de la intervención que se cumple con el supuesto teórico acerca de la disminución de síntomas y el aumento en la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento que sean adecuadas para solventar las situaciones estresantes.

### **Limitaciones del Estudio**

La pandemia sin duda fue el mayor obstáculo para el desarrollo de la intervención dado que en los dos casos no hubo un contacto directo y personal en donde se pudiera apreciar el total del campo fenomenológico, sin embargo, teniendo en cuenta los postulados, el modelo no tiene que ver con lo que nosotros como terapeutas deseamos o pensamos que es mejor sino con lo que realmente sucede.

Un factor significativo fue la cantidad de participantes que también fue producto de la situación sanitaria, se procuró un ajuste de la intervención a la modalidad virtual, sin embargo, esto limitó la cantidad de datos e información que permitiera tanto la comprensión del fenómeno como de los efectos de la intervención. Otro factor relacionado con esto fue el acceso al uso de la cámara por parte de los participantes, en una sola ocasión uno de los participantes encendió su vídeo, teniendo en cuenta que no era un requisito de participación.

No se encontraron muchos antecedentes acerca de la aplicación de la psicoterapia humanista en general y de la terapia Gestalt en específico para el tratamiento de síntomas depresivos. Esto dificultó también el diseño del plan de intervención dado que no hubo puntos de referencia más allá de las adaptaciones de otros enfoques manteniendo el paradigma sobre el cual trabaja el modelo base de la intervención. No obstante, dicha situación permitió

proponer la intervención basada en la información teórica, lo cual fue uno de los grandes aportes de la investigación.

### **Recomendaciones**

La psicoterapia humanista tiene un terreno amplio por explorar y documentar, es importante que como terapeutas e investigadores se apunte a realizar documentos de calidad y también con la rigurosidad metodológica que permita el reconocimiento a nivel científico que merece el enfoque. El hecho de que no tenga soporte amplio de investigaciones no lo hace esotérico ni disfuncional, solo nos ubica en un punto de reconocer la importancia de continuar en el camino de construir la evidencia necesaria no para el reconocimiento de la comunidad sino para garantizar la seguridad de las personas con las que trabajamos proporcionando el mejor tratamiento posible.

Se propone continuar explorando las formas de manualizar la terapia Gestalt sin perder la esencia del enfoque, una forma de hacerlo es retirar las características variables de los diseños de intervención y realizar instrucciones de momentos, en vez de realizar un guion que le arrebató el aspecto creativo a la terapia. Tener presente que el propósito desde estos modelos siempre es la persona, por lo tanto, hacer el mayor esfuerzo de ajustar los modelos a las personas y no al revés.

Es importante también diseñar investigaciones y propuestas que permitan impactar directamente en las instituciones, es alarmante la proporción de estudiantes versus el número de profesionales en psicología con formación de posgrado en algún modelo psicoterapéutico, y que haga parte de los servicios de salud que ofrecen las instituciones de educación superior.

En cuanto a las intervenciones virtuales se recomienda altamente incluir y acordar con los participantes el uso de la cámara como un recurso de información fenomenológica. Al igual que incorporar las múltiples tecnologías a las cuales tenemos acceso como herramientas innovadoras que faciliten el aumento de la capacidad de darse cuenta de los participantes. Recordando que lo importante es el aumento de la capacidad sin tener en cuenta el medio desde que cumpla con las consideraciones éticas que salvaguarden el proceso y las personas.

En el momento de utilizar archivos digitales para el diligenciamiento de las pruebas tener en cuenta que no todos los participantes están familiarizados y que al hacerlo de forma virtual se pierde el interés fácilmente. Por lo tanto, se recomienda realizar las pruebas en vivo, con acompañamiento para dudas y en el caso de las herramientas de tipo cualitativo, es recomendable realizar un seguimiento sesión a sesión para garantizar la recolección del 100% de la información de cada caso.

Es recomendable profundizar en los objetivos antes de escoger los instrumentos de recolección de información, teniendo en cuenta que hay unos que demandan mucho más tiempo en su procesamiento y puede que existan alternativas de obtener la misma información con un método más sencillo ya creado o de creación propia.

Por último, detenerse a pensar antes de escribir. Leer e informarse antes de pensar. Escoger muy bien lo que se lee porque cuando hay gusto y pasión por un tema, todo parece interesante y útil.

### Referencias Documentales

- Aaronson, L., Teel, C., Cassmeyer, V., Neuberger G., Pallikkathayil, L., Pierce, J, Press, A., Williams, P. & Wingate, A. (1999). Defining and measuring Fatigue. *Journal of nursing Scholarship*, 31(1), 45-50. Recuperado (28/05/2020) de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10081212/>
- Academia Nacional de Medicina. (2016). Depresión en adolescentes: Diagnóstico y tratamiento. *Boletín de Información Clínica y Terapéutica*, 15(3), 6-8. Recuperado (28/02/2020) de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422017000500052#fn1](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500052#fn1)
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Berglund, P., Bijl, R., De Graaf, R., Vollebergh, W., Dragomirecka, E., Kohn, R., Keller, M., Kessler, R., Kawakami, N., Kiliç, C., Offord, D., Ustun, T., & Wittchen, H.-U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 3–21. Recuperado (29/01/2020) de <https://psycnet.apa.org/record/2004-15639-002>
- Antón-Menárguez V., García-Marín, P.V., y García-Benito, J.M. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, (3)1, 45-52. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4771/477152548005.pdf>

- American Psychological Association. (2010). Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta. Recuperado (18/11/ 2018) de [www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite\\_etica/Codigo\\_APA.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf)
- APA American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. España: Médica Panamericana.
- Aragónés, E., Luís, J. y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención primaria*, 41(10), 545-551. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-comorbilidad-depresion-mayor-con-otros-S0212656709001905>
- Arrieta, K., Díaz, S. y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v7n1/original2.pdf>
- Banco Mundial (2017). Bajo su superficie alegre, Latinoamérica también sufre de depresión. Banco Mundial. Recuperado (12/10/2019) de <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2017/04/07/latinoamerica-tambien-sufre-depresion-dia-mundial-salud-2017>
- Basit, T. (2003). Manual or electronic? The role of coding in qualitative data analysis. *Educational Research*, 45(2), 143-154. doi: 10.1080/0013188032000133548
- Beck, T.A., Steer, A.R. y Garbin, G.M. (2006). BDI-II Inventario de Depresión de Beck. Argentina: Paidós.

- Beck, T.A., Steer, A.R. y Garbin, G.M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100. Recuperado (13/4/2020) de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0272735888900505>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, F. & Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beisser, A. (1973). La teoría paradójica del cambio. En Fagan, J. y Sheperd, I., *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Guestáltica* (pp. 82-85). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1), S4-S11. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609302>
- Benjet, C., Borges, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista, C. & Zambrano-Ruiz, J. Early onset depression: prevalence, course, and treatment seeking delay. *Salud Publica Mex.*, 46, 417-24.
- Benjet, C., Casanova, L., Borges, G. y Medina-Mora M. (2013). Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedad. *Salud Publica Mex*, 55 (3), 248-56. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n3/a02v55n3.pdf>
- Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. Free Press.
- Berelson, B. & Lazarfled P. (1984). *The analysis of communication content*. University of Chicago and Columbia University, Chicago y Nueva York.

- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. y Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex*, 55, 74-80. Recuperado (28/01/2020) de <https://www.scielo.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf>
- Bresolin, J., Dalmolin, G., Vasconcellos, S., Barlem, E., Andolhe, R. & Magnano, T. (2020). Depressive symptoms among healthcare undergraduate students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, 28, e3239. Recuperado de [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692020000100313&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100313&tlng=en)
- Burga, R. (1981). Terapia gestáltica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13(1), 85-96. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80513106.pdf>
- Burnett, D. (2019). The link between stress and depression ... and the 10 simple words that could help. Guardian News & media Limited. Recuperado (21/10/2049) de <https://www.theguardian.com/society/2019/oct/13/the-link-between-stress-and-depression-and-the-10-simple-words-that-could-help>
- Cain, D. & Seeman, J. (2002). *Humanistic psychotherapies: handbook of research and practice*. Primera edición: Washington D.C.: American Psychological Association.
- Campagne, D. (2012). Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: el primer paso. *Smergen*, 38(5), 301-311. Recuperado (9/2/2020) de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359312000056>

- Cano, C., y Moro, M. (2010). Introducción a la Logoterapia desde la perspectiva del Trabajo Social. *Documentos de trabajo Social* (48), 156-167. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3655783.pdf>
- Carrasco, A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: Hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 181-189.
- Carriles, M. (2017). Caso clínico: investigación gestáltica en trastorno de personalidad dependiente y depresión mayor (Tesis de Maestría). Universidad Iberoamericana, Puebla, México.
- Castanedo, C. (2002). *Terapia Gestalt, Enfoque centrado en el aquí y el ahora*. Cuarta edición, España: Herder.
- Castanedo, C. (2008). *Seis Enfoques Psicoterapéuticos*. México: El Manual Moderno.
- Castaño-Cervantes, S. (2018). Brief CBT group therapy for Mexican homeless girls. *The Cognitive Behaviour Therapist* 12(12), 1- 21. doi:10.1017/S1754470X18000272
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2017). Género y Salud en Cifras. *Revista Oficial del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*, 15(2), 38-41. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280081/descifremos15-2.pdf>
- CNDH Comisión Nacional de Derechos Humanos (2017). Alerta CNDH sobre la necesidad de identificar y reconocer a la depresión, como causa de discapacidad laboral en el mundo. Comunicado de Prensa DGC/106/17. Ciudad de México: CNDH. Recuperado (12/10/2019) de

[https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Comunicados/2017/Com\\_2017\\_106.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Comunicados/2017/Com_2017_106.pdf)

COBE-ICB Coordinación de Orientación y Bienestar Estudiantil del Instituto de Ciencias Biomédicas. ESTADÍSTICAS ATENCIÓN PSICOLÓGICA PAP 2020-1 ICB Final. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, Chihuahua.

Comisión Nacional de Bioética (2019). Código de Nuremberg. Recuperado (1/8/2020) de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/343569/2.INTL.\\_Cod\\_Nuremberg.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/343569/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf)

Cook, D. (1999). Gestalt Treatment of adolescent females with depressive symptoms: a treatment outcome study (girls high school student, group therapy). Dissertation Abstracts International, 60(8B), 4210. Recuperado de: <https://gestaltresearch.org/gprdb/gestalt-treatment-adolescent-females-depressive-symptoms-treatment-outcome-study>

Cortés, A., Fernández, M. y Capella, C. (2018). ¿Qué Es lo que Cambia en la Psicoterapia? La Perspectiva de Pacientes Adolescentes con Síntomas Depresivos, sus Terapeutas y Observadores Externos. PSYKHE, 27(2), 1-15. Recuperado (9/3/2020) de [https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v27n2/0718-2228-psykhe-27-02-psykhe\\_27\\_1\\_1134.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v27n2/0718-2228-psykhe-27-02-psykhe_27_1_1134.pdf)

Cuervo, A. y Izzedin, R. (2007). Tristeza, Depresión y Estrategias de Autorregulación en Niños. tesis Psicológica, 2, 35-47. Recuperado (28/05/2020) de <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139012670004.pdf>

Cuevas-Cancino, J.J. y Moreno-Pérez, N.E (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 207-218. Recuperado (10/3/2020) de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00207.pdf>

Dear, G., Slattery, J., & Hillan, R. (2001). Evaluations of the Quality of Coping Reported by Prisoners Who Have Self-Harmed and Those Who Have Not. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(4), 442-450. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11775719>

Delongis, A., Hemphill, K. y Lehman, D. (1992). A Structured Diary Methodology for the Study of Diary Events. En *Methodology of Issues in Applied Psychology*. Nueva York: Plenum Press, 83-109.

Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (1994). Introduction: entering the Field of Qualitative Research, en Denzin, N. K. e Lincoln, Y.S. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. Londres, Sage, 1-18.

DGE Dirección General de Epidemiología (2019). Boletín epidemiológico Semana 52. 36(52). Secretaría de Salud. Recuperado (28/01/2020) de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/522437/BSEMANAL\\_52.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/522437/BSEMANAL_52.pdf)

DGE Dirección General de Epidemiología (2020). Boletín epidemiológico Semana 3. 37(3). Secretaría de Salud. Recuperado (28/01/2020) de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/528508/sem03.pdf>

DGIS Dirección General de Información en Salud (2015). Infografía. -Salud mental. México: Secretaría de Salud / Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

Recuperado (12/10/2019) de <https://www.gob.mx/salud/articulos/infografia-salud-mental?state=published>

Díaz, J., Torres V., Urrutia, E., Moreno R., Font I. y Cardona, M. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 35(3).

Recuperado (27/01/2020) de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572006000300009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300009&lng=es&tlng=es)

Días-Bravo, L. Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M. y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), julio-septiembre, 162-167.

Echevarría, M. (2015). *Prevención de la depresión en jóvenes: Enfoque positivo*. Universidad Pública de Navarra, Facultad de Ciencias de la Salud, España, Navarra. Recuperado de <https://academica.e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/18553/Maite%20Echeverria%20Aleman.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ellison, J. A., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Angus, L. (2009). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 103–112.

Erickson, F. (1986). Qualitative methods in research on teaching. In M. C. Wittrock (Ed.), *Handbook of research on teaching* (3rd ed.) (pp. 119–61). New York: Macmillan.

Ezama, E., Alonso, Y. y Fontaníl, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*,

10(2), 293-314. Recuperado (28/05/2020) de  
<https://www.ijpsy.com/volumen10/num2/263/pacientes-sntomas-trastornos-organicidad-ES.pdf>

Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Ed. Pirámide. Madrid.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003. Recuperado (14/4/2020) de  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3712234>

Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3. Recuperado (31/10/2019) de  
<https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000086>

Gaillard, J-M. (2004). *El insomnio*. México: Siglo veintiuno editores.

Gamboa, A. (2009). *Depresión y terapia gestalt. un estudio de caso en Ciudad Juárez, Chih.* (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, CD. Juárez, Chih.

Gamboa, D. (2014). *Depresivos Anónimos Ciudad Juárez - Depresión*. Juárez a Diario. Recuperado (31/10/2019) de [https://www.juarezadiario.com/en\\_radio/depresivos-anonimos-ciudad-juarez-depresion/](https://www.juarezadiario.com/en_radio/depresivos-anonimos-ciudad-juarez-depresion/)

García, F. (2005). *Psicoterapia gestalt: proceso figura-fondo*. México: Editorial El Manual moderno.

García, J. (2010). Entrenamiento en estrategias de aprendizaje de inglés como lengua extranjera en un contexto de aprendizaje combinado. *Revista Nebrija de Lingüística Aplicada*, 4(2).

Gobierno del Estado Libre y Soberano de Chihuahua (2018). Decreto No. LXV/EXLEY/0756/2018 II. P.O. Ley de Salud Mental del Estado de Chihuahua. Chihuahua. México. Recuperado (12/10/2019) de [http://www.chihuahua.gob.mx/atach2/anexo/anexo\\_47-2017\\_ley\\_de\\_salud\\_mental\\_del\\_estado.pdf](http://www.chihuahua.gob.mx/atach2/anexo/anexo_47-2017_ley_de_salud_mental_del_estado.pdf)

Gobierno del Estado de Chihuahua (2020). Atiende "Chidamente" a 322 jóvenes de Chihuahua y de Juárez por ansiedad, depresión y violencia de género. Obtenido (26/02/2020) de <http://www.cambio.gob.mx/spip.php?article14372>

Gómez, M. (2016). Detection, dianosis, and treatment of depression in primary care. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado (13/3/2020) de [https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/PN\\_DTD\\_Policy%20brief\\_FINAL1.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/PN_DTD_Policy%20brief_FINAL1.pdf)

González-Forteza, C., Hermosillo de la Torre, A., Vacio-Muro, M., Peralta, R. y Wagner, F. (2015) Depression among adolescents. A hidden problem for public health and clinical practice. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México (English Edition)*, 72(2), 149-155. Recuperado (28/02/2020) de <https://www.elsevier.es/en-revista-boletin-medico-del-hospital-infantil-201-articulo-depression-among-adolescents-a-hidden-X2444340915346126>

- González-Ramírez, E., Carrillo-Montoya, T., García-Vega, M., Hart, C., Zavala-Norzagaray, A. & Ley-Quiónnez, C. (2017). Effectiveness of hypnosis therapy and Gestalt therapy as depression treatments. *Clínica y Salud*, 28, 33-37. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v28n1/1130-5274-clinsa-28-01-00033.pdf>
- Gould, M., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Graham, J., & Chung, M. (2004). Teenagers' Attitudes About Coping Strategies and Help-Seeking Behavior for Suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(9), 1124-1133. doi: <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000132811.06547.31>
- Hamui, L. (2019). La noción de “trastorno” entre la enfermedad y el padecimiento. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 62(5), 39-47. Recuperado (28/05/2020) de <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2019/un195h.pdf>
- Hari, J. (2018). Is everything you know about depression wrong?. *Guardian News & Media Limited*. Recuperado (21/10/2019) de <https://www.theguardian.com/society/2018/jan/07/is-everything-you-think-you-know-about-depression-wrong-johann-hari-lost-connections>
- Heinze, G. y Camacho, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la Depresión*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Series: Guías Clínica para la Atención de Trastornos Mentales). Recuperado (18/3/2020) de [http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo\\_depresion.pdf](http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_depresion.pdf)
- Hemati-Alamdarloo, G., Moradzadeh-Khorasani, S., Najafi, M., Soosan-Jabbari, F. & Shojaee, S. (2019). The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Depression, Anxiety, and Stress Levels in Iranian Males With Addiction. *Sage Journals*. 9(1).

Recuperado (26/02/2020) de  
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244018824466>

Henao, M. (2013). Del surgimiento de la psicología humanística a la psicología humanista-existencial de hoy. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 83-100.  
Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5123812.pdf>

Hender, K. (2001). *Gestalt therapy more effective than other therapeutic approaches?* (Series 2001: Intervention). Melbourne, Australia: Centre for Clinical Effectiveness.  
Recuperado de  
<http://www.gestaltbodymind.co.uk/Gestalt%20therapy%20effectiveness%20comparisons.pdf>

Henken, T., Huibers, M., Churchill, R., Restifo, K. & Roelofs, J. (2007). Family therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD006728. DOI: 10.1002/14651858.CD006728.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill/Interamericana editores, 6ª ed.

Holahan, C. J., Moos, R., Holahan C. K., Brennan, P. & Schutte, K. (20015). Stress Generatio, Avoidance Coping and Depressive Symptoms: A 10-Year Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 658-666.

Hoyos, E., Lemos, M., y Torres, Y., (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121. Recuperado (27/01/2020) de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5134681.pdf>

IMIP Instituto Municipal de Investigación y Planeación (2019). Matrícula inicial en educación superior, por institución y personal por funciones en el municipio de Juárez. México: IMIP. Recuperado (14/4/2020) de <http://imip.org.mx/sigem/cuadro/uploads/3.ED.8.pdf>

INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Encuesta Intercensal 2015. Tabulados Chihuahua. Población. México: INEGI. Recuperado (14/4/2020) de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/tabulados/01\\_poblacion\\_chih.xls](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/tabulados/01_poblacion_chih.xls)

INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). Encuesta Nacional de los Hogares. México: INEGI. Recuperado (12/10/2019) de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017_resultados.pdf)

INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. México: INEGI. Recuperado (12/10/2019) de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf)

INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. México: INEGI. Recuperado (12/10/2019) de [https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/pxweb/inicio.html?rxid=91a63b16-b544-4b50-8b37-90d5868e9620&db=Salud&px=Mental\\_05](https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/pxweb/inicio.html?rxid=91a63b16-b544-4b50-8b37-90d5868e9620&db=Salud&px=Mental_05)

- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2008). Ayuda para depresión (ADep). México: Dirección de investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Recuperado de <https://ayudaparadepresion.org.mx/>
- Jablonski, S. (1995). Síndrome: un concepto en evolución. *ACIMED*, 3(1), 30-38. Recuperado (28/05/2020) de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94351995000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94351995000100006)
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31. Recuperado (14/4/2020) de [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/706](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/706)
- Katayama, R. (2014). Introducción a la investigación cualitativa: Fundamentos, métodos, estrategias y técnicas. Perú: Fondo Editorial de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Keitner, G., Archambault, R., Ryan, C. & Miller, I. (2003). Family therapy and chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59(8), 873-884.
- Krippendorff K. (1980). *Content analysis: an introduction to its methodology*. Beverly Hills, California: Sage.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- Lazarus., R. & Folkman, S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*, Consulting Psychologist Press, Palo Alto, Estados Unidos.

- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Lewinsohn, P. M. & Gotlib, I. H. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. En E. E. Beckham & W. R. Leber, eds., *Handbook depression* (pp. 352-375). Nueva York: Guilford
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. & Hautzinger R, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss & Bootzin, R. R., eds., *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331-359). Orlando: Academic Press
- Llewelyn, S. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 223-238. Recuperado (14/4/2020) de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3191302>
- Londoño, C. González, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329. Recuperado (30/01/2020) de <https://www.redalyc.org/pdf/798/79847072013.pdf>
- Londoño, L. (2009). La atención: un proceso psicológico básico. *Revista de la Facultad de Psicología universidad Cooperativa de Colombia*, 5(8), 91-100. Recuperado (28/05/2020) de <https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150730/555786.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mancinas, I. (2019). Chihuahua: un suicidio diario y sin campañas de prevención. *El Universal*, compañía periodística nacional. Recuperado (31/10/2019) de <https://www.eluniversal.com.mx/estados/chihuahua-un-suicidio-diario-y-sin-campanas-de-prevencion>

- Manzini, J. (2000). Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*, 6(2), 321-334. Recuperado (12/10/2019) de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>
- Martínez, E. (2019). Lanzan programa para inhibir en los jóvenes los vicios y el suicidio. *El heraldo de Chihuahua*. Organización Editorial mexicana. Recuperado (31/10/2019) de <https://www.elheraldodechihuahua.com.mx/local/noroeste/lanzan-programa-para-inhibir-en-los-jovenes-los-vicios-y-el-suicidio-3168119.html>
- Martínez-Martínez, M., Muñoz-Zurita, G, Rojas-Valderrama, K. y Sánchez-Hernández, J. (2016). Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de la licenciatura en Medicina de Puebla, México. *Atención Familiar*, 23(4), 145-149. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2016/af164g.pdf>
- Matía, Á. (2011). Pérdida de peso involuntaria. *Actualización en Medicina de Familia*, 7(6), 330-334. Recuperado (28/05/2020) de [https://amf-semfyc.com/web/downloader\\_articuloPDF.php?idart=859&id=A\\_partir\\_de\\_un\\_sintoma\(3\).pdf](https://amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=859&id=A_partir_de_un_sintoma(3).pdf)
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum qualitative sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 1(2). Recuperado de <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2385>
- Mazadiego, T. (2005). Propuesta humanista para la clarificación de valores en estudiantes universitarios (Tesis de Maestría). Universidad Iberoamericana, México, D.F. Recuperado de <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014612/014612.pdf>

- McDonald, A., Eccles, J., Fallahkhair, S., & Critchley, H. (2020). Online psychotherapy: Trailblazing digital healthcare. *BJPsych Bulletin*, 44(2), 60-66. doi:10.1192/bjb.2019.66
- Medina-Mora, M., Sarti-Gutiérrez, E. Y Real-Quintanar, T., (2015). La depresión y otros trastornos psiquiátricos. México: Academia Nacional de Medicina.
- Méndez, M. (2014). Carl Rogers y Martin Buber: las actitudes del terapeuta centrado en la persona y la relación “yo-tú” en psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 32(2), 171-180. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/509/403>
- Menéndez, M. y Brochier, R. (2011). La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 10(1), 179-192. Recuperado (28/05/2020) de <https://www.redalyc.org/pdf/3215/321527168014.pdf>
- Ministerio de Salud (2017). Boletín de salud mental Depresión. Colombia: Ministerio de Salud. Recuperado (18/3/2020) de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletín-depresion-marzo-2017.pdf>
- Morales, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 136-138. Recuperado (28/01/2020) de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n2/136-138/es>
- Morales, F., y Trianes, M. (2010). Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 275-286.

Recuperado de

<https://formacionasunivep.com/ejep/index.php/journal/article/view/42/59>

Moras, K. (2006). Twenty-five years of psychological treatment research on unipolar depression in adult outpatients: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 16(5), 519-525.

Moreno, S. (1998). Cómo utilizar diversas técnicas en la Psicoterapia Centrada en la Persona. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1(2). Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/rep/article/view/22857/21581>

Muñoz, M. (2008). *La sensibilización Gestalt en el Trabajo Terapéutico. Desarrollo del Potencial Humano*. México: Editorial Pax.

Naranjo, C. (2006). *La vieja y novísima Gestalt*. Novena edición, Chile: Cuatro Vientos.

National Institute of Mental Health. (2007). *Depression*. USA: U.S. Department of Health & Human Services. Recuperado (18/3/2020) de [https://www.state.nj.us/humanservices/dmhas/publications/misc/MH\\_Fact\\_Sheets/NIMH\\_Depression.pdf](https://www.state.nj.us/humanservices/dmhas/publications/misc/MH_Fact_Sheets/NIMH_Depression.pdf)

Nolen, A. & Talbert, T. (2011). Qualitative Assertions as Prescriptive Statements. *Educational Psychology Review*. 23. 263-271. 10.1007/s10648-011-9159-6.

OIT Organización Internacional del Trabajo (2000). *Un informe de la OIT estudia la salud mental en el trabajo en Alemania, Estados Unidos, Finlandia, Polonia y Reino Unido*. Recuperado (12/10/2019) de [https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_008592/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_008592/lang--es/index.htm)

- Olivares, J. M. (1995). Anhedonia: una revisión conceptual. *Rev. Asoc. Esp. neuropsiq.* 15(52), 9-24. Recuperado (28/05/2020) de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/viewFile/15408/15269>
- OMS Organización Mundial de la Salud (2017). Salud mental. Depresión. OMS. Recuperado (25/08/19) de: [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/)
- OMS Organización Mundial de la Salud (2018). Depresión. OMS. Recuperado (12/10/2019) de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS Organización Mundial de la Salud (2019a). Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP). OMS. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/es/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/es/)
- OMS Organización Mundial de la Salud (2019b). Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1563440232?view=G0>
- ONU Organización de las Naciones Unidas (2017). La depresión es una de las principales causas de discapacidad, alerta la OMS. Noticias ONU. Recuperado de <https://news.un.org/es/story/2017/02/1374181>
- OPS Organización Panamericana de la Salud (2012). Día mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Recuperado de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es)

OPS Organización Panamericana de la Salud (2017a). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

OPS Organización Panamericana de la Salud (2017b). Depresión: hablemos, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedades. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es)

OPS Organización Panamericana de la Salud (2018). La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y)

Otzen, T. y Manterola C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1), 227-232. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

Pérez, M. y García J. (2001). tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510. Recuperado de <http://www.psycothema.com/pdf/471.pdf>

- Perls, F. (1975). *Yo, Hambre y Agresión. Los comienzos de la terapia gestaltista*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Perls, F. (1976). *El Enfoque Gestaltico y Testimonios de Terapia*. Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F. S. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Moab, UT: Real People Press.
- Perls, F. (2005). *Sueños y existencia*. Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1994). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. Gouldsboro: The Gestalt Journal Press, Inc.
- Perls, F., Hefferline, R., y Goodman, P. (1951). *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Madrid. Madrid: Los libros del CTP.
- Polster, E. y Polster, M. (1973). *Terapia guesáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Rafful, C., Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C. & Orozco, R. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 165–169. Recuperado (30/01/2020) de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22341482>
- Reyes, R. y Pulido, M. (2011). Frecuencia de depresión y comorbilidad con ansiedad en una clínica universitaria de psicoterapia psicoanalítica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 339-355.
- Reyes, R. y Pulido, M. (2011). Frecuencia de depresión y comorbilidad con ansiedad en una clínica universitaria de psicoterapia psicoanalítica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 339-355.

- Ritchie, H. & Roser, M. (2018). Mental Health. Our World in Data. Recuperado (11/2/2020) de <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Rivas, V. (2019). Hay un suicidio al día en Chihuahua. El heraldo de chihuahua. Organización Editorial mexicana. Recuperado (12/10/2019) de <https://www.elheraldodechihuahua.com.mx/local/hay-un-suicidio-al-dia-en-chihuahua-4213843.html>
- Riveros, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu*, 12(2), 135-186. Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v12n2/v12n2a1.pdf>
- Rodríguez, P. (2021). En México pandemia ha aumentado casos de depresión en 25%. *Excelsior*. Obtenido de: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/en-mexico-pandemia-ha-aumentado-casos-de-depresion-en-25/1426625>
- Rosal, R. (2017). Logros, errores y responsabilidades para el futuro de la psicología humanista. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 85-126. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6524246>
- Rosas-Santiago, F. (2019). Cognitive behavioral and psychoeducational intervention to modify coping styles and burnout syndrome in civil servants: An experimental study. Recuperado (26/02/2020) de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134793719300478>
- Rosner R, Beutler LE, Daldrup RJ. (2000) Vicarious emotional experience and emotional expression in group psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 56(1), 1-10. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10661364>

- Russell, R., Shirk, S. & Jungbluth, N. (2008). First-session pathways to the working alliance in cognitive-behavioral therapy for adolescent depression. *Psychotherapy Research*, 18, 15-27. <https://doi.org/10.1080/10503300701697513>
- Salama, H. (2002). TPG Manual del Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama. México: Centro Gestalt de México
- Salama, H. (2012). Gestalt 2.0. Actualización en Psicoterapia Gestalt. México: Alfaomega Grupo Editor.
- Saldaña, J. (2016). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. London, SAGE Publications Inc.
- Salvo, L. (2014). Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. *Rev Med Chile*, 142, 1157-1164. Recuperado (28/01/2020) de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n9/art10.pdf>
- Sandoval, J. y Richard, M. (2005). *La Salud Mental en México*. México: Cámara de Diputados. Recuperado (18/3/2020) de <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/dir/dps/DPS-ISS-03-05.pdf>
- Sarabia, J. (1999). *Metodología para la investigación en Marketing y dirección de empresas*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Secretaría de Salud (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. México: Secretaría de Gobernación. Recuperado de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012)

Secretaría de salud (2015). Programa de acción específico, salud mental. México: Secretaría de Salud. Recuperado (12/10/2019) de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud\\_Mental.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf)

Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua (2017). Atiende Secretaría de Salud casos de depresión en Chihuahua. Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua. Recuperado (12/10/2019) de <http://www.chihuahua.gob.mx/contenidos/atiende-secretaria-de-salud-casos-de-depresion-en-chihuahua>

Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua (2018). Inicia Semana Estatal de Salud Mental. Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua. Recuperado (31/10/2019) de <http://www.chihuahua.gob.mx/contenidos/inicia-semana-estatal-de-salud-mental>

Secretaría de Salud, Dirección General de Información en salud (2016). Ley General de Salud, Secretaría de Salud, 13 de agosto de 2016. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/trastornos-mentales-pueden-propiciar-intento-de-suicidio>

Secretaría de Salud. (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. México: Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ProNalSalud-2007-2012.pdf>

Secretaría de Salud (2018). Anuario de Morbilidad 1984-2018. México: Secretaría de Salud. Recuperado (17/3/2020) de <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>

Sepúlveda-Vildósola, A., Romero-Guerra, A. & Jaramillo-Villanueva, L. (2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en

un hospital de tercer nivel. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 69(5), 347-354. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v69n5/v69n5a5.pdf>

Sousa, V., Driessnack, M. y Costa, I. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15(3), 502-507. Recuperado (11/3/2020) de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es\\_v15n3a22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a22.pdf)

Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). Código ético del psicólogo. México: Trillas.

SSA Secretaría de Salubridad y Asistencia. (2002). Programa de Acción Salud Mental: Programa Específico de Depresión. México: Secretaría de Salud. Recuperado (12/10/2019) de [http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas\\_salud/salud\\_mental/guias\\_tecnicas/depresion.pdf](http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas_salud/salud_mental/guias_tecnicas/depresion.pdf)

Stake, R.E. (2005). Qualitative case studies, en Denzin, N. K. e Lincoln, Y.S. (Eds.), Handbook of Qualitative Research. Londres, Sage, 443-466.

Stevens, O. (1976). El darse cuenta. Sentir, imaginar, vivenciar. Chile. Cuatro Vientos.

Strandmark, M. (2004). Ill health is powerlessness: a phenomenological study about worthlessness, limitations and suffering. Scand J Carign Sci., 18(2), 135-44. Recuperado (28/05/2020) de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15147476/>

Strauss, A. (1987). Qualitative analysis for social scientists. Cambridge, Cambridge University Press.

- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Universidad de Antioquía.
- Tadeo-Álvarez, M., Munguía-Ortíz, C., Benítez-López, V., Valles-Medina, A., Delgadillo-Ramos, G., Flores-Castillo, P., & Romo-Guardado, M. (2019). Presence of depressive symptoms in medical students in a Mexican public university. *Salud Mental*, 42(3), 131-136. Recuperado (18/3/2020) de [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/SM.0185-3325.2019.017/3713](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2019.017/3713)
- Tinto, J. (2013). El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva. Un ejemplo de aplicación práctica utilizado para conocer las investigaciones realizadas sobre la imagen de marca de España y el efecto país de origen. *Provincia*, 29, 135-173. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/555/55530465007.pdf>
- Tobías, C. y García, J. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104), 437-453. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v29n2/10.pdf>
- Turner, S., Kaplan, C., & Zayas, L. R. (2002). Suicide Attempts by Adolescent Latinas: An Exploratory Study of Individual and Family Correlates. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(5), 357-374. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1020270430436>

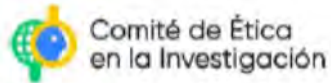
- Tyson, G., y Range, L. (2003). La depresión: Comparación de la gestalt y otros puntos de vista. *The Gestalt journal*, 4(1). Recuperado de <http://www.elenfoquegestaltico.com.ar/ladepresion.pdf>
- Universidad de los Andes (2019). Animovil, programa para tratar a personas con síntomas depresivos. Universidad de los Andes: Colombia. Recuperado (13/3/2020) de <https://uniandes.edu.co/es/noticias/animovil-programa-para-tratar-a-personas-con-sintomas-depresivos>
- Vallés, M. (1999). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica social. Madrid: Síntesis.
- Van Maanen, J. (1988). *Tales of the field: On writing ethnography*. Chicago, The University of Chicago Press.
- Vargas, A. (2019). Tienen episodios depresivos 8 de cada 10 adolescentes aquí. El diario. Recuperado (13/10/2019) de <https://diario.mx/juarez/tienen-episodios-depresivos-8-de-cada-10-adolescentes-aqui-20191012-1574003.html>
- Vega, C., Villagrán, M., Navas, C., y Soria, R. (2013). Estrategias de afrontamiento, estrés y alteración psicológica en niños. *Alternativas en Psicología*, 17(28), 92-105. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v17n28/n28a08.pdf>
- Villa, F. (2017). Campaña Estatal de la Prevención de la Depresión y Ansiedad. Instituto Jalisciense de Salud Mental - SALME. Recuperado (30/10/2019) de <https://salme.jalisco.gob.mx/1247>

- Villagómez, K. (2011). Trastorno de personalidad dependiente: Manejo de la terapia (Tesis de pregrado). Universidad de Quito, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/476/1/99796.pdf>
- Villegas, M. (1986). La psicología humanista: Historia, concepto y método. *Anuario de psicología*, 34, 7-45. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/64549/88511>
- Wagner, F., González, C., Sánchez, S., García, C., y Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3-11. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a2.pdf>
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 773-781.
- Weisz, J. R., Ng, M. Y., Rutt, C., Lau, N. & Masland, S. (2013). Psychotherapy for children and adolescents. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6a ed., pp. 541-586). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- World Health Organization (1996). *The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. World Health Organization. Recuperado (30/01/2020) de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41864/0965546608\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41864/0965546608_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Wu, L. & Anthony, J. (2000). The estimated rate of depressed mood in US adults: recent evidence for a peak in later life. *Journal of affective Disorders*, 60, 159-171.
- Yapko, M. (1992). *Hypnosis and the Treatment of Depressions. Strategies for Change*. New York: Brunner/Mazel.
- Yontef, G. (1997). *Proceso y diálogo en Gestalt, Ensayos de terapia gestáltica*. Segunda edición, Chile: Cuatro Vientos.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: design and methods* (4.<sup>a</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zavala, L., Rivas, R., Andrade, P. y Reidl, L. (2008). Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 159-182. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/802/80212387009.pdf>
- Zinker, J. (1977). *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. México: Paidós.

## Anexos

### Anexo 1. Autorización del comité de ética



CEI-2020-2-244


Ciudad Juárez, Chihuahua, a 30 de Octubre de 2020

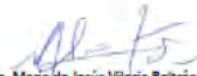
M. en C. Andrés Felipe Montoya  
Dr. Francisco Antonio Calderón González  
Presente.

El Comité de Ética en la Investigación (CEI), después de recibir las recomendaciones del protocolo de investigación CEI-2020-2-39, denominado "Intervención psicoterapéutica humanista Gestalt en estudiantes universitarios con síntomas depresivos", resolvió:

Dictamen favorable

Atentamente  
"Por una vida científica  
Por una ciencia vital"

  
Dra. Gwendolyn Peraza Mercado  
Presidente del Comité de Ética en la  
Investigación

  
Dra. María de Jesús Viloria Beltrán  
Secretaria del Comité de Ética  
en la Investigación

c.c.p. Archivo.

## Anexo 2. Autorización de la institución

INSTITUTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS

Coordinación de Orientación y Bienestar Estudiantil

UACJ | UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE CIUDAD JUÁREZ

12 de agosto de 2020.

*Andrés Felipe Montoya González*  
Presente.-

Por este medio me da gusto saludarle y al mismo tiempo me permito hacer de su conocimiento por mi conducto que no existe ningún inconveniente en AUTORIZAR al alumno *Andrés Felipe Montoya González*, con número de matrícula **194440**, alumno de la Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz, en nuestra institución, para que realice su proyecto de tesis titulado: "Intervención psicoterapéutica humanista Gestalt en estudiantes universitarios con síntomas depresivos" en el periodo Septiembre de 2020 a Mayo de 2021.

Cabe mencionar que la forma de apoyar al joven Montoya será derivándole casos de estudiantes que reporten síntomas depresivos que no tengan un diagnóstico psiquiátrico para que pueda realizar su intervención. Adicional, contará con el seguimiento apropiado para el manejo de dichos estudiantes, entendiendo que también cuenta con la asesoría de su tutor de tesis el Dr. Francisco Antonio Calderón González.

Cabe mencionar que la forma de atención será en línea con posibilidades de realizarse de forma presencial, cuando las condiciones sanitarias y las directrices institucionales lo permitan.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano su atención, quedo de usted,

Atentamente  
"Por una vida científica  
Por una ciencia vital"

*MRC Jassiel Salinas Saldivar*  
Coordinadora de Orientación y  
Bienestar Estudiantil del ICB



JSS/epc

Avda. Iturbide, Centro, Zona Frontera y Encastrole (Zona Frontera) | C. P. 32810 - Ciudad Juárez, Chih., México • Teléfono (561) 542 1360, extensión 1087

### **Anexo 3. Carta de consentimiento informado**

A través de este consentimiento se manifiesta que:

Se le está invitando a participar en el proyecto de investigación Intervención psicoterapéutica humanista Gestalt en estudiantes universitarios con síntomas depresivos que tiene como objetivo conocer los efectos de una intervención psicoterapéutica para el manejo de síntomas depresivos.

Su participación consiste en atender (Virtualmente) a 11 sesiones del programa de intervención con una duración de una hora a la semana. Dentro de dichas sesiones se utilizarán cuestionarios de registro, instrumentos de medición de síntomas, técnicas de intervención psicoterapéuticas humanistas, entrevista y principalmente se trabajará con la comunicación. Tenga presente que usted puede optar por abandonar el proceso en cualquier momento, también si lo que desea es atención de otro profesional se le proporcionará acompañamiento hasta que se sienta satisfecho(a). La intervención está dirigida a adultos jóvenes estudiantes universitarios que reporten síntomas depresivos, que no tengan un diagnóstico psiquiátrico previo, que sus síntomas no pongan en riesgo su vida o la de alguien más y que acepten participar voluntariamente.

Los riesgos que se pueden derivar de los procedimientos son que se presenten síntomas físicos y psicológicos, o que se agudicen los síntomas actuales, sin embargo, en caso de ser requerido se contará con la posibilidad de realizar una derivación al servicio correspondiente por parte de la coordinación de orientación y bienestar estudiantil.

El estudio presenta los siguientes beneficios, a nivel personal puede usted experimentar disminución de síntomas depresivos, fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento para hacerle frente a sus necesidades, aumento en la toma de consciencia de lo que desea y cómo con sus recursos pueden satisfacerse por sí mismo. A nivel externo puede tener efectos positivos en sus relaciones familiares, personales, desempeño académico como resultados dependientes del caso en particular. Por último, los investigadores se comprometen a dar a conocer los resultados de la investigación sin que signifique gasto alguno.

Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte mi relación con la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez o cualquiera de sus dependencias y/o organizaciones. Se me ha garantizado que Las grabaciones, documentos físicos, escaneados o digitales, serán almacenados en un archivo comprimido con contraseña única. Tengo el conocimiento que todos los datos obtenidos serán procesados y analizados, y autorizo que sean utilizados para su publicación en revistas científicas y textos especializados, entendiendo que la información obtenida que posibilite la identificación del participante no será divulgada ni dada a conocer. Todo esto es responsabilidad del psicoterapeuta/investigador. Todos los nombres en caso de usarse en alguna descripción se reemplazarán por iniciales o números. No se revelará ningún evento relevante en las presentaciones orales o escritas que pueda identificar a alguno de los participantes.

Declaro que todo lo que se ha mencionado en este documento me fue explicado verbalmente.

Con fecha \_\_\_\_\_ y, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación, acepto participar en el estudio antes mencionado.

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y/o huella digital del/la participante o responsable legal

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Queda entendido que este documento estará disponible para su consulta y deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años (NOM-004-SSA3-2012).

Para preguntas o comentarios comunicarse con el/la Dr. Francisco Antonio Calderón González responsable del Proyecto, al teléfono 6566384847 y al correo electrónico [francisco.calderon@uacj.mx](mailto:francisco.calderon@uacj.mx).

En caso de sentir vulnerados sus derechos, puede comunicarse con la Dra. Gwendolyne Castillo Peraza, presidente del Comité Institucional de Ética y Bioética de la UACJ, al correo [gperaza@uacj.mx](mailto:gperaza@uacj.mx)

Firma del Investigador

Firma del Investigador Principal / Responsable

\_\_\_\_\_  
Lic. Andrés Felipe Montoya González

\_\_\_\_\_  
Dr. Francisco Antonio Calderón González

Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Mtra. Jasshel Salinas

## Anexo 4. Inventario de depresión de Beck

### *Inventario de Depresión de Beck BDI-2*

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**1**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.*

**1**

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste
- 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

**2**

- 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
- 1 Me siento desanimado respecto al futuro
- 2 Siento que no tengo que esperar nada
- 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar

**3**

- 0 No me siento fracasado
- 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
- 2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada

**4**

- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes
- 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica con las cosas
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo

**5**

- 0 No me siento especialmente culpable
- 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones
- 2 Me siento culpable en la mayoría de las situaciones
- 3 Me siento culpable constantemente

**6**

- 0 Creo que no estoy siendo castigado
- 1 Siento que puedo ser castigado
- 2 Siento que estoy siendo castigado
- 3 Quiero que me castiguen

**7**

- 0 No me siento descontento conmigo mismo
- 1 Estoy descontento conmigo mismo
- 2 Me avergüenzo de mí mismo
- 3 Me odio

**8**

- 0 No me considero peor que cualquier otro
- 1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
- 2 Continamente me culpo de mis faltas
- 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede

<b>9</b>	
0	No tengo ningún pensamiento de suicidio
1	A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría
2	Desearía suicidarme
3	Me suicidaría si tuviese la oportunidad
<b>10</b>	
0	No lloro más de lo que solía
1	Ahora lloro más que antes
2	Lloro continuamente
3	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera
<b>11</b>	
0	No estoy más irritado de lo normal en mí
1	Me molesto o irrito más fácilmente que antes
2	Me siento irritado continuamente
3	No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solía irritarme
<b>12</b>	
0	No he perdido el interés por los demás
1	Estoy menos interesado en los demás que antes
2	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
3	He perdido todo el interés por los demás
<b>13</b>	
0	Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho
1	Evito tomar decisiones más que antes
2	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
3	Ya me es imposible tomar decisiones
<b>14</b>	
0	No creo tener peor aspecto que antes
1	Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo
2	Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
3	Creo que tengo un aspecto horrible
<b>15</b>	
0	Trabajo igual que antes
1	Me cuesta un esfuerzo trabajar igual que antes
2	Tengo que obligarme para hacer todo
3	No puedo hacer nada en absoluto
<b>16</b>	
0	Duermo tan bien como siempre
1	No duermo tan bien como antes
2	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
3	Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
<b>17</b>	
0	No me siento más cansado de lo normal
1	Me canso más fácilmente que antes
2	Me canso en cuanto hago cualquier cosa
<b>18</b>	
0	Mi apetito no ha disminuido
1	No tengo tan buen apetito como antes
2	Ahora tengo mucho menos apetito
3	He perdido completamente el apetito
<b>19</b>	
0	Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
1	He perdido más de 2 kilos y medio
2	He perdido más de 4 kilos
3	He perdido más de 7 kilos
	<b>Estoy a dieta para adelgazar:</b>
	Sí
<b>20</b>	
0	No estoy preocupado por mi salud más que lo normal
1	Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
2	Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
3	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa
<b>21</b>	
0	No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1	Estoy menos interesado por el sexo que antes
2	Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo
3	He perdido totalmente mi interés por el sexo

## Anexo 5. Cuestionario de modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman

### *Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman*

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El siguiente cuestionario tiene por finalidad ayudarlo a analizar las formas o estilo principales en que usted enfrenta las situaciones problemáticas o conflictivas. Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación y escriba el número que exprese en qué medida usted actuó en cada uno de ellos.

- 0 - No usada en absoluto
- 1 - Usada en alguna medida
- 2 - Frecuentemente
- 3 - En gran medida

N°	SITUACIÓN	0	1	2	3
1	Me concentré exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación.	0	1	2	3
2	Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
4	Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.	0	1	2	3
5	Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.	0	1	2	3
6	Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.	0	1	2	3
7	Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	0	1	2	3
8	Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.	0	1	2	3
9	Me critiqué o me sermoneé a mí mismo.	0	1	2	3
10	Intenté no quemar mis naves, sino que dejé alguna posibilidad abierta.	0	1	2	3
11	Confíe en que ocurriera algún milagro.	0	1	2	3
12	Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte).	0	1	2	3
13	Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
14	Intenté guardar para mí mis sentimientos.	0	1	2	3
15	Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
16	Dormí más de lo habitual en mí.	0	1	2	3
17	Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.	0	1	2	3
18	Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
19	Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentir mejor.	0	1	2	3
20	Me sentí inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21	Intenté olvidarme de todo.	0	1	2	3
22	Busqué la ayuda de un profesional.	0	1	2	3
23	Cambié, maduré como persona.	0	1	2	3
24	Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.	0	1	2	3
25	Me disculpé o hice algo para compensar.	0	1	2	3
26	Desarrollé un plan de acción y lo seguí.	0	1	2	3
27	Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería.	0	1	2	3
28	De algún modo expresé mis sentimientos.	0	1	2	3
29	Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.	0	1	2	3
30	Salí de la experiencia mejor de lo que entré.	0	1	2	3
31	Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.	0	1	2	3
32	Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones.	0	1	2	3
33	Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.	0	1	2	3
34	Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35	Intenté no actuar demasiado de prisa o dejarme llevar por mi primer impulso.	0	1	2	3
36	Tuve fe en algo nuevo.	0	1	2	3
37	Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
38	Redescubrí lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
39	Cambié algo para que las cosas fueran bien.	0	1	2	3
40	Evité estar con la gente en general.	0	1	2	3
41	No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.	0	1	2	3

## Anexo 6. TPG – Test de Psicodiagnóstico Gestalt

TEST DE PSICODIAGNOSTICO GESTALT		
NOMBRE: _____	FECHA: _____	
EDAD: _____	SEXO: _____	TEMA ESPECIFICO: YO RESPECTO A: _____
<b>INSTRUCCIONES:</b> A CONTINUACION HALLARA UNA SERIE DE AFIRMACIONES RESPECTO A UN TEMA ESPECIFICO. TOMA EN CUENTA QUE SE TRATA DE UN RAZGO O ACTITUD FRECUENTE EN USTED Y DEBERA CONTESTAR CON SI O NO. PONGA UNA "X" A LO QUE ELIJA PARA QUE QUEDA CLARO PARA NOSOTROS Y EVITE BORRAR O HACER CORRECCIONES. NO MARQUE UNA MISMA AFIRMACION CON SI Y NO. EVITE DEJAR SIN CONTESTAR CUALQUIER REACTIVO. TIENE 15 MINUTOS PARA CONTESTAR TODO EL TEST.		
1	YO SOY INSENSIBLE	SI - NO
2	SOY FELIZ COMO SOY	SI - NO
3	CUANDO ALGO ME DISGUSTA LO DIGO	SI - NO
4	ME MOLESTA QUE ME VEAN LLORAR	SI - NO
5	SOY EMOCIONAL PERO ME AGUANTO	SI - NO
6	ME DESAGRADA HACER SIEMPRE LO MISMO QUE LOS DEMAS	SI - NO
7	ME ES IMPOSIBLE DEJAR DE SER COMO SOY	SI - NO
8	EVITO CULPAR A LOS DEMAS SI ME SIENTO MAL	SI - NO
9	SIEMPRE TERMINO LO QUE EMPIEZO	SI - NO
10	ME SIENTO CULPABLE SI CULPO A LOS DEMAS	SI - NO
11	DEBO EVITAR MOSTRAR MI ENOJO	SI - NO
12	ME ABSTENGO DE DISCUTIR	SI - NO
13	HAGO LO QUE LOS DEMAS QUIEREN AUNQUE ME DISGUSTE	SI - NO
14	ME DISGUSTA PENSAR, SENTIR O HACER LO MISMO MUCHO TIEMPO	SI - NO
15	ME GUSTA APRENDER COSAS NUEVAS	SI - NO
16	DEJO LAS COSAS PARA DESPUES	SI - NO
17	EXPRESO LO QUE ME MOLESTA	SI - NO
18	EVITO SENTIR	SI - NO
19	SERIA FELIZ SI NO FUERA POR LOS DEMAS	SI - NO
20	SOY CONSTANTE EN MI INCOSTANCIA	SI - NO
21	HAGO LO QUE QUIERO A PESAR DE QUE ME DIGAN LO CONTRARIO	SI - NO
22	SIEMPRE ESTOY DE ACUERDO CON LOS DEMAS	SI - NO
23	SOY CAPAZ DE DEJAR DE TENER UNA IDEA FIJA	SI - NO
24	EVITO ENFRENTAR	SI - NO
25	ME DISGUSTA EVITAR LO INEVITABLE	SI - NO
26	ME GUSTA SENTIR	SI - NO
27	EVITO MANIFESTAR LO QUE ME MOLESTA	SI - NO
28	EVITO DEJAR PARA MANANA LO QUE PUEDO HACER HOY	SI - NO
29	ME ABSTENGO DE CULPAR A LOS DEMAS SI FRACASO	SI - NO
30	A VECES DEJO LAS COSAS PARA DESPUES	SI - NO
31	ME DISGUSTA QUE ME DIGAN LO QUE TENGO QUE HACER	SI - NO
32	ME ES IMPOSIBLE DEJAR DE PENSAR EN LO QUE YA PASO	SI - NO
33	SOY COMO ME ENSEÑARON QUE DEBO SER	SI - NO
34	DEFIENDO MIS OPINIONES	SI - NO
35	DEBO HACER LO QUE LOS DEMAS QUIEREN	SI - NO
36	SOY SENSIBLE	SI - NO
37	ME DESAGRADA TERMINAR LO QUE EMPIEZO	SI - NO
38	EXPRESO LO QUE ME DISGUSTA	SI - NO
39	ESTARIA BIEN SI NO FUERA POR LOS DEMAS	SI - NO
40	ME SIENTO MAL CUANDO ME PRESIONAN.	SI - NO

1

2

3

4

5

6

7

**\*\* DEFINA CON UN ADJETIVO COMO SE SIENTE EN ESTE MOMENTO.** Un poco estresada

## Anexo 7. Helpful Aspects of Therapy Form (H.A.T.) Modificada

1. De los eventos que ocurrieron en la sesión, ¿Cuál sintió fue el más benéfico o importante para usted? (Por "Evento" se refiere a algo que sucedió en la sesión).

---



---



---



---



---

2. Describa que hizo que este evento fuera benéfico/importante y qué obtuvo usted de dicho evento.

---



---



---



---



---

3. ¿Qué tan benéfico fue este evento en particular?, califíquelo en la siguiente escala. (Marque una "X" en el punto adecuado, decimales están aceptados ej. 7.5.)

Obstaculizador <-----			Neutro			-----> Benéfico		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
E	M	M	L		L	M	M	E
X	U	O	E		E	O	U	X
T	C	D	V		V	D	C	T
R	H	E	E		E	E	H	R
E	O	R				R	O	E
M		A				A		M
O		D				D		O
		O				O		

4. ¿En qué momento ocurrió dicho evento?. Describa.

---



---

5. ¿Cuánto tiempo duró el evento?

---



---

Escriba en una palabra cómo se siente:

### Anexo 8. Cuestionario sociodemográfico

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Carrera:  
\_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de  
contacto: \_\_\_\_\_ Vivienda: Familiar \_\_\_ Renta \_\_\_ Propia \_\_\_

¿Con Quién Vive? Solo \_\_\_\_\_ Con pareja \_\_\_\_\_ Con familia \_\_\_\_\_ ¿Tiene hijos? Sí \_\_\_  
No \_\_\_\_\_

¿Cuál es su rol en su familia? \_\_\_\_\_ En este apartado puede, tener una o más opciones de  
respuesta, marque las que apliquen en su caso. Padre \_\_\_ Madre \_\_\_ hija(o) \_\_\_ hermano (a)  
\_\_\_ Otro \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Actualmente está trabajando? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Tiempo trabajando \_\_\_\_\_

### Anexo 9. Guion de entrevista semiestructurada

1. Examen mental
2. Estado de ánimo (Antecedentes, niveles de estrés, tolerancia a la frustración)
3. Pensamiento (Sí mismo, los otros y el mundo)
4. Pérdida de interés
5. Situaciones estresantes actuales
6. Experiencias traumáticas
7. Ideación suicida
8. Estado de salud actual
9. Consumo de sustancias
10. Antecedentes familiares
11. Accidentes y/o hospitalizaciones
12. Diagnósticos clínicos
13. Atención psicológica / psiquiátrica
14. Área social (Amistades, compañeros de trabajo, pertenencia a grupos)
15. Área educativa/profesional (Historial, acoso escolar, abusos de autoridad, desempeño, exigencias)
16. Área familiar (Pareja, miembros, roles, relaciones, conflictos, modos de solucionar problemas, ingresos, grados educativos/ocupaciones)

## Anexo 10. Cuaderno de bitácora

Fecha: \_\_\_\_\_ Sesión: \_\_\_\_\_

**Pensamientos:**

---

---

---

**Emociones:**

---

---

**Conductas:**

---

---

**Dificultades:**

---

---

**Logros:**

---

---

**Aprendizajes:**

---

---

**Otros:**

---

---

---

---

## **Anexo 11 – Subcategorías preliminares**

### **MODIFICACIÓN**

Síntoma 1 - Tristeza

Síntoma 2 - Disminución del interés por actividades placenteras

Síntoma 3 - Alteraciones en el peso

Síntoma 4 - Alteraciones en el sueño

Síntoma 5 - Agitación o retraso psicomotor

Síntoma 6 - Fatiga o disminución de energía

Síntoma 7 - Sentimientos excesivos de inutilidad y culpabilidad

Síntoma 8 - Disminución de la concentración y toma de decisiones

Síntoma 9 - Pensamientos relacionados con la muerte

### **BLOQUEOS**

Bloqueo 1 - Postergación-Reposo

Bloqueo 2 - Desensibilización-Sensación

Bloqueo 3 - Proyección-Formación de la figura

Bloqueo 4 - Introyección-Movimiento de la energía

Bloqueo 5 - Retroflexión/proflexión-Acción

Bloqueo 6 - Deflexión-Precontacto

Bloqueo 7 - Confluencia-Contacto

Bloqueo 8 - Fijación-Postcontacto

### **ESTRATEGIAS**

Estrategia 1 - Confrontación

Estrategia 2 - Distanciamiento

Estrategia 3 - Autocontrol

Estrategia 4 - Búsqueda de apoyo

Estrategia 5 - Aceptación de la responsabilidad

Estrategia 6 - Huida-evitación

Estrategia 7 - Planificación

Estrategia 8 - Reevaluación positiva

## **Anexo 12 – Procesamiento de Datos Cualitativos**

A continuación, se realizará la presentación de los pasos para realizar la codificación de los datos cualitativos.

### **Procesamiento de los datos cualitativos**

Para el análisis del contenido se realizó la transcripción de las grabaciones y se ha realizado el proceso de codificación de dos ciclos propuesto por Saldaña, se ha utilizado el software Atlasti versión 8. A continuación, se exponen el primer ciclo y el segundo ciclo por categorías de análisis y se especifica el proceso realizado. Se inició el primer ciclo con 91 códigos y se concluyó el segundo ciclo con 54 códigos.

### ***Terapia Gestalt***

Los códigos diseñados de manera deductiva basados en la teoría permitieron la realización, en esta categoría se han ubicado los aspectos más importantes de la terapia Gestalt en donde se incluyen las técnicas y aquello relacionado con el ciclo Gestalt de Salama. Se escogieron basados en la teoría, la pregunta de investigación y el supuesto teórico. En la siguiente figura se pueden apreciar los códigos seleccionados y su relación. Los códigos principales tenían que ver con principios de la terapia como el darse cuenta, el aquí y ahora, la neurosis, los asuntos inconclusos, el campo, la creatividad, el proceso de figura-fondo y la caracterización de sintónico o distónico al yo. Por último, se agregaron códigos relacionados con las técnicas humanistas, la psicoeducación y propiamente las de la terapia Gestalt consideradas en la intervención, como el experimento y las técnicas expresivas, supresivas e integrativas como se muestra en la figura 19.

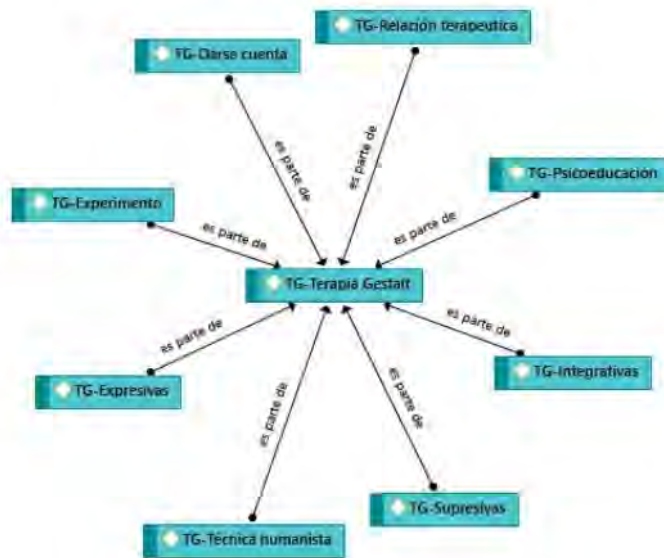
**Figura 19** Códigos de primer ciclo de terapia Gestalt



Fuente: Red de códigos obtenida del software Atlasti versión 8.

Para el segundo ciclo se eliminaron distintas categorías que no iban a aportar mayor información o que podían ser incluidos dentro de otros códigos facilitando el procesamiento de la información. En total se descartaron 9 códigos dando como resultado un total de 9 códigos, así como se puede apreciar en la figura 20.

**Figura 20** Códigos de segundo ciclo de terapia Gestalt

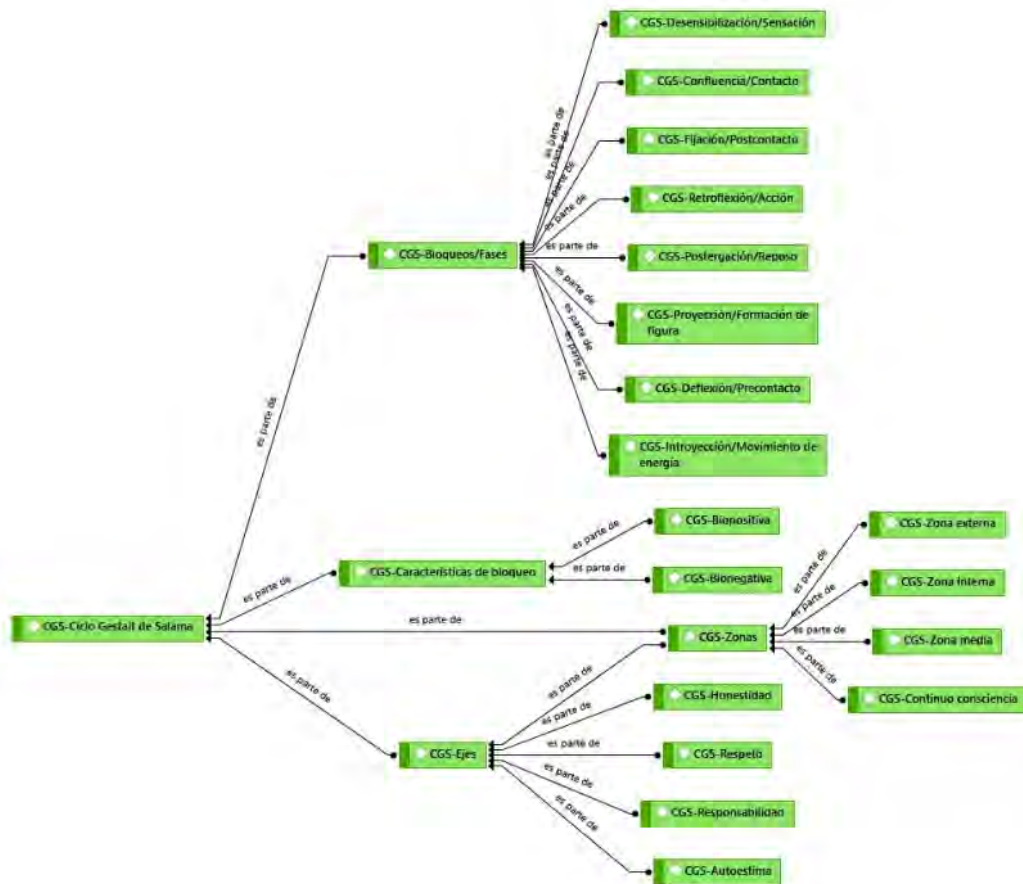


Fuente: Red de códigos obtenida del software Atlasti versión 8.

### ***Ciclo Gestalt de Salama***

En el caso de los componentes del ciclo Gestalt de Salama se escogieron principalmente los bloqueos gestálticos con sus fases respectivas dado que es el principal componente de la intervención, también las características bionegativa y biopositiva para dar cuenta del beneficio para el organismo de cada uno de ellos. Adicional se agregaron los ejes y zonas de consciencia como se aprecia en la figura 21.

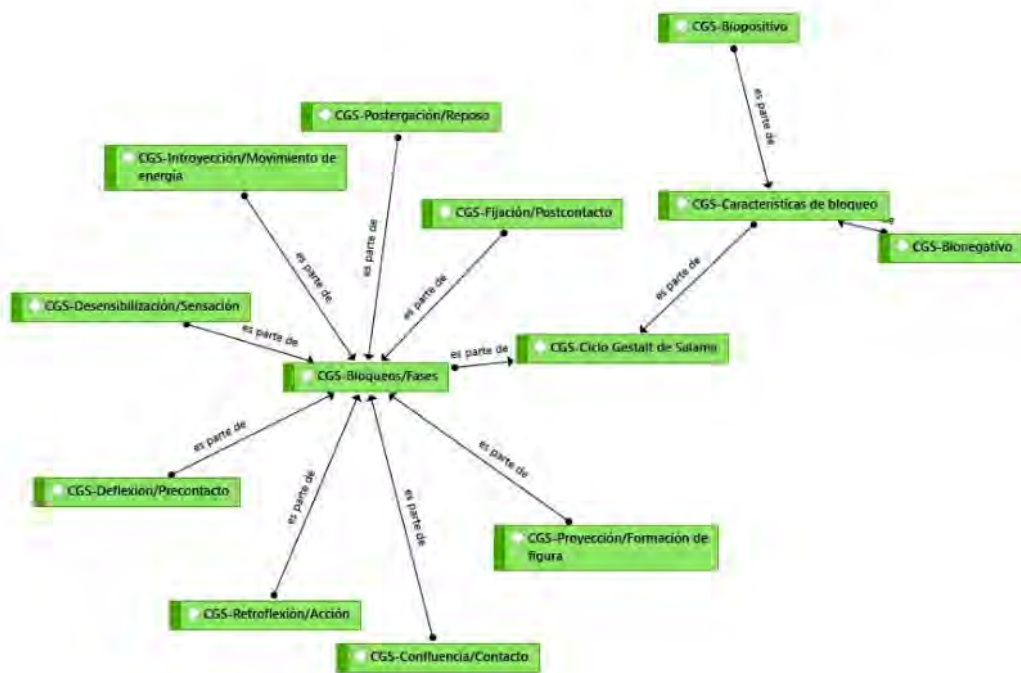
**Figura 21** *Códigos de primer ciclo de ciclo Gestalt de Salama*



Fuente: Red de códigos obtenida del software Atlasti versión 8.

Para el segundo ciclo se eliminaron los ejes y las zonas de consciencia dado que iban a estar relacionados con los cambios terapéuticos y el foco de esta categoría es enfocarse en los bloqueos gestálticos únicamente para dar cuenta de la presencia o no en los participantes. Por lo tanto, se finalizó el segundo ciclo con un total de 13 códigos como se muestra en la figura 22.

**Figura 22** Códigos de segundo ciclo de ciclo Gestalt de Salama

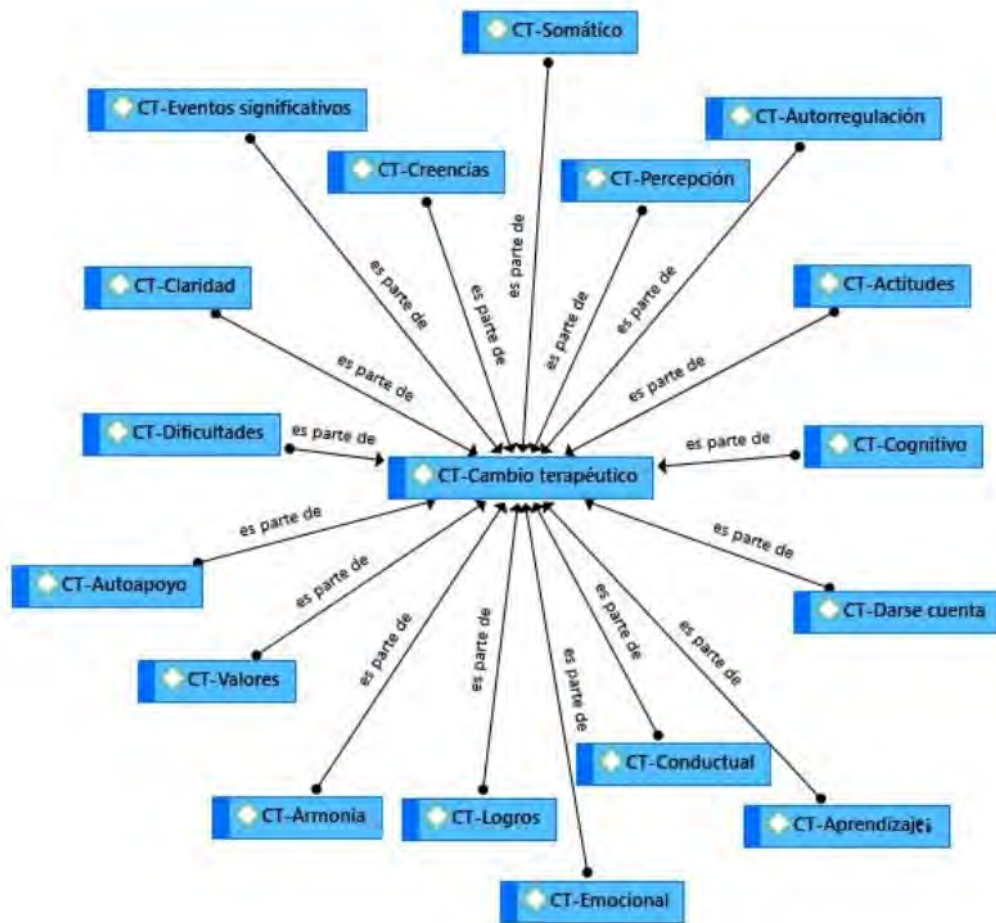


Fuente: Red de códigos obtenida del software Atlasti versión 8.

### *Cambio terapéutico*

En el caso de cambio terapéutico se seleccionaron códigos que dieran cuenta del avance de los participantes, fueron escogidos basados en aspectos importantes esperados de la terapia Gestalt y también relacionados con las dimensiones de los participantes que pudiesen transformarse teniendo en cuenta los objetivos del presente trabajo. En la figura 23 puede apreciar los códigos resultantes del primer ciclo.

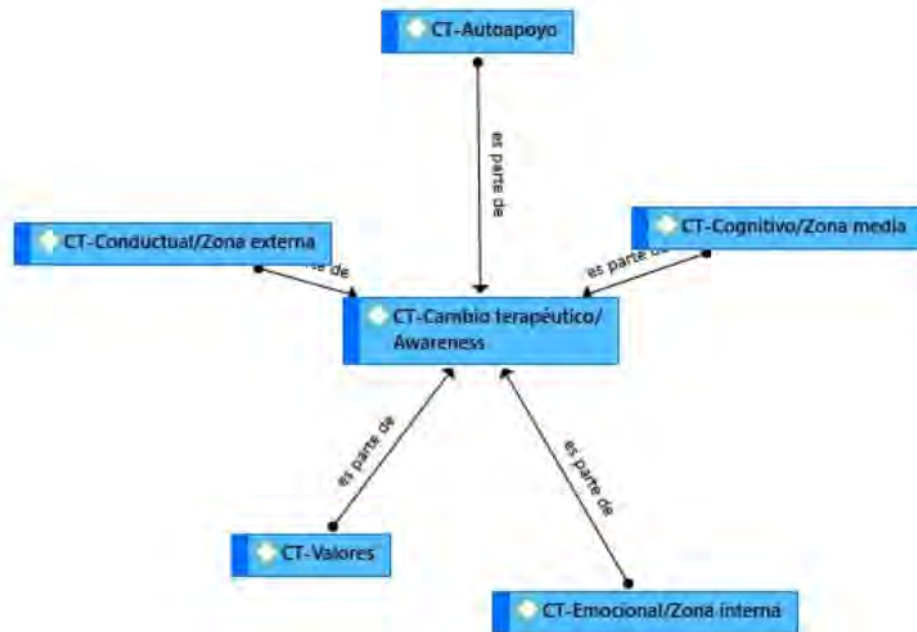
**Figura 23** *Códigos de primer ciclo de cambio terapéutico*



Fuente: Red de códigos obtenida del software Atlasti versión 8.

En el segundo ciclo se hizo un gran filtro dado que no estaban aportando mayor información y se decidió enfatizar en los cambios terapéuticos relacionados con el darse cuenta en las zonas de consciencia y su respectiva dimensión, el autoapoyo y los valores. Por lo tanto, se finalizó el segundo ciclo con 6 códigos representado en la figura 24.

**Figura 24** Códigos de segundo ciclo de cambio terapéutico

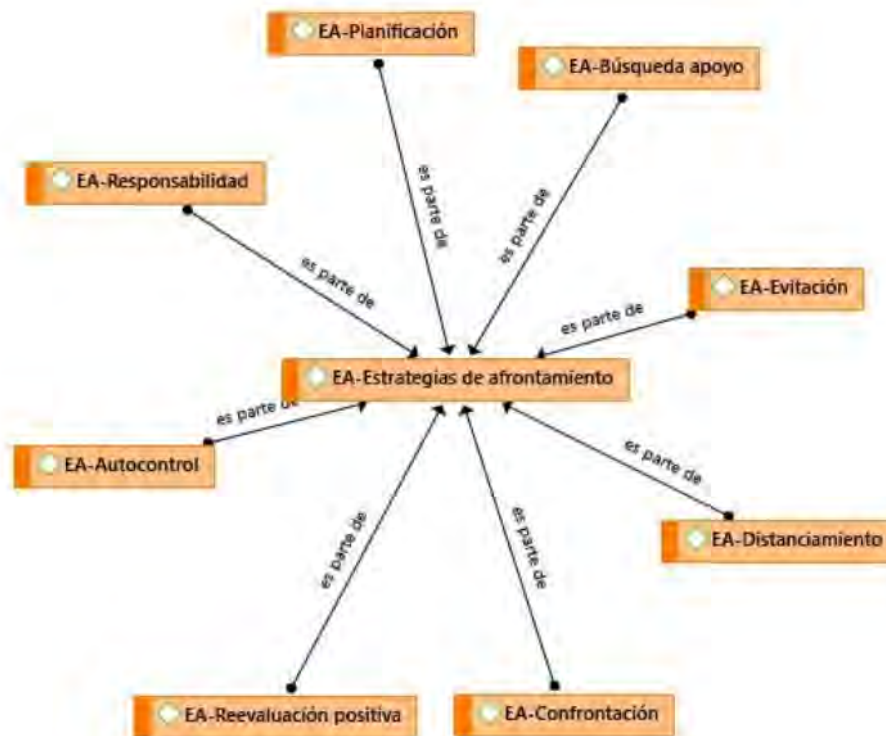


Fuente: Red de códigos obtenida del software Atlasti versión 8.

### *Estrategias de afrontamiento*

Las estrategias de afrontamiento se enlistaron y permanecieron en los dos ciclos debido a que son códigos muy específicos, así como los bloqueos gestálticos que hacen parte fundamental del análisis de contenido. Por lo tanto, se inició el primer ciclo con 9 códigos y se mantuvieron al finalizar el segundo ciclo como se puede ver en la figura 25.

**Figura 25** *Códigos de primer y segundo ciclo de estrategias de afrontamiento*

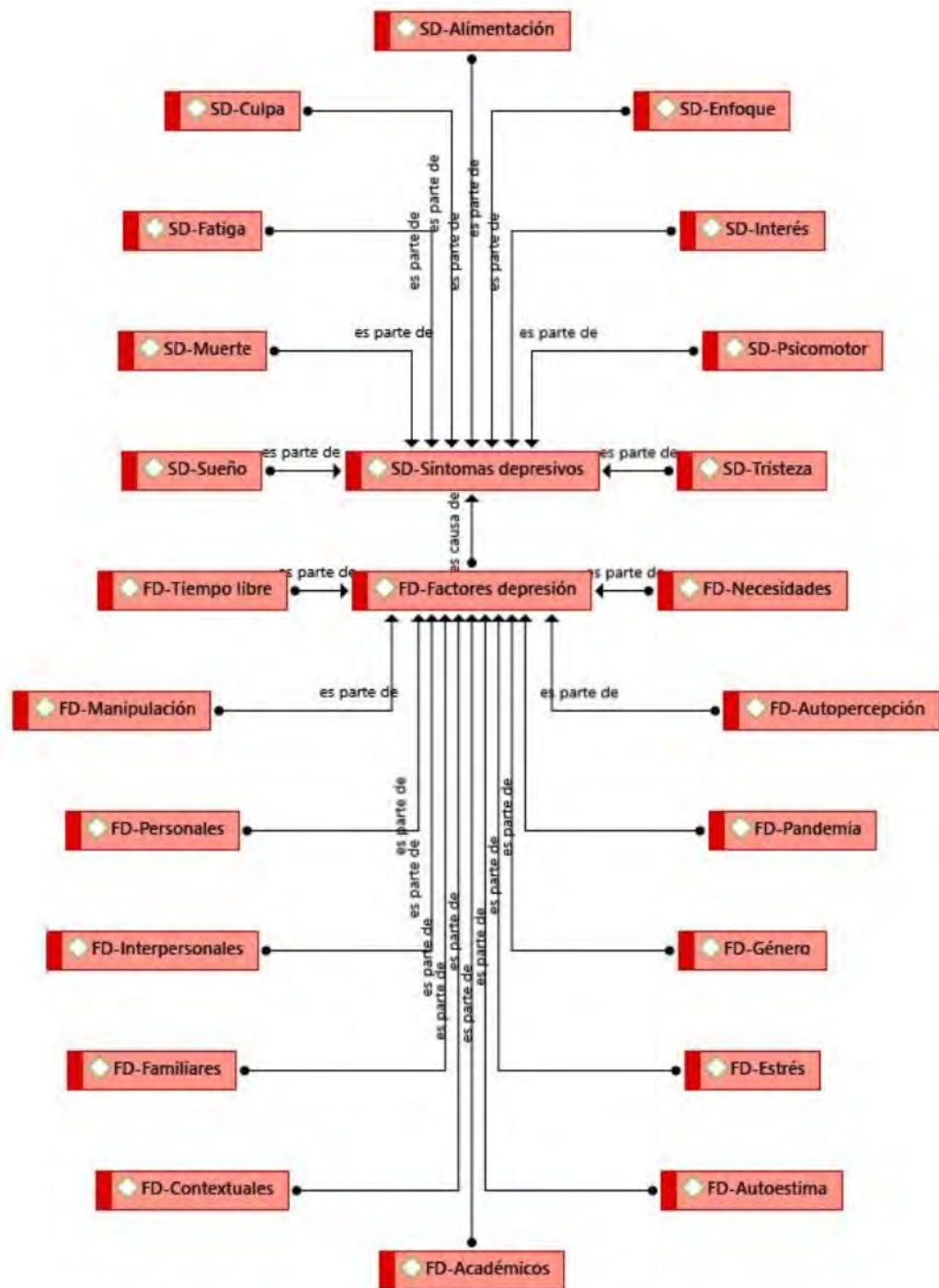


Fuente: Red de códigos obtenida del software Atlasti versión 8.

### ***Síntomas depresivos y factores de depresión***

En el caso de la categoría principal se decidió no únicamente usar los códigos relacionados con la presencia de síntomas directamente sino también se codificaron los factores de depresión con el propósito de describir las posibles causas de los síntomas. Para el primer ciclo se utilizaron 24 códigos, 10 pertenecientes directamente a los síntomas depresivos del DSM-V y los restantes asociados a los factores de depresión identificados representados en la figura 26.

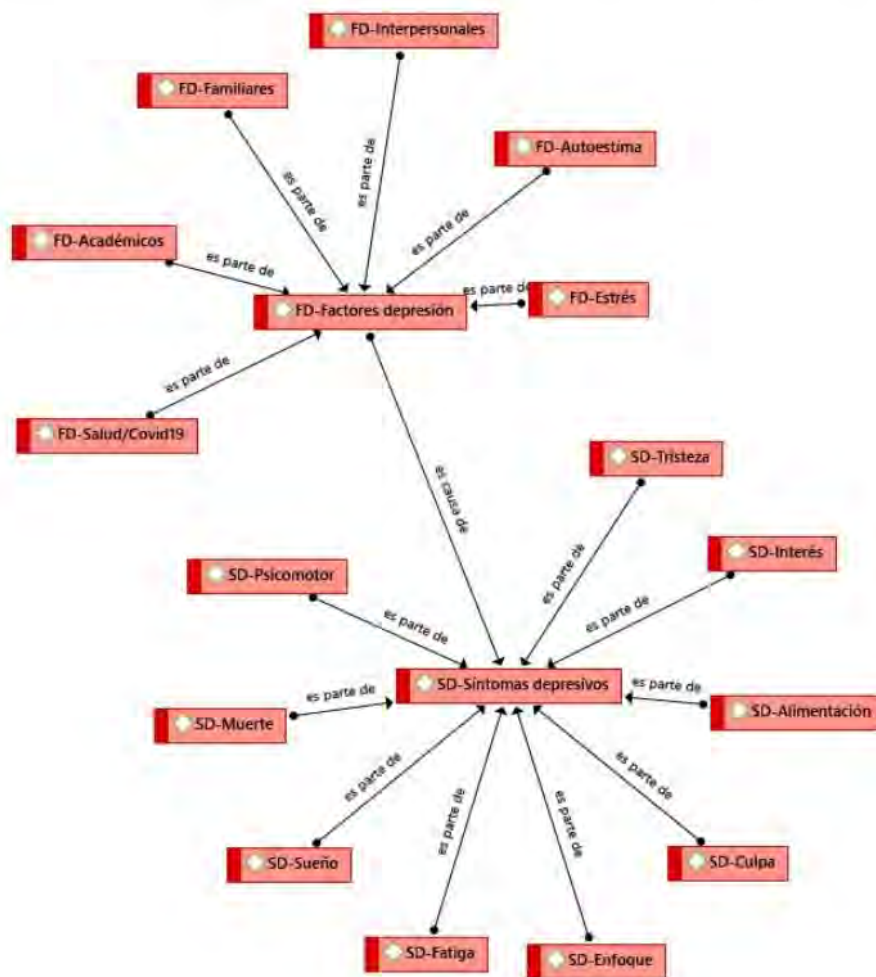
**Figura 26** *Códigos de primer ciclo de factores de depresión y síntomas depresivos*



Fuente: Red de códigos obtenida del software Atlasti versión 8.

Para el segundo ciclo se realizó un filtro de códigos debido a la relevancia y frecuencia de aparición. En algunos casos algunos fueron incorporados en otros códigos que tuvieran relación, los síntomas depresivos se mantuvieron dado la importancia de la categoría y los factores depresivos fueron reducidos a 7 códigos, para un total de 17 códigos expuestos en la figura 27.

**Figura 27** Códigos de segundo ciclo de factores depresivos y síntomas depresivos



Fuente: Red de códigos obtenida del software Atlasti versión 8.

### **Modelo teórico**

El modelo teórico utilizado como red para la codificación y lograr dar respuesta a los objetivos, el supuesto teórico y la pregunta de investigación fue el siguiente al finalizar la intervención, con un total de 54 códigos. En la figura 28 se representa la red de códigos formada para orientar el análisis de contenido.

**Figura 28** Red de códigos del modelo teórico



Fuente: Red de códigos obtenida del software Atlasti versión 8.

Se puede apreciar cómo se diseñó la interacción entre códigos con el propósito de dar sentido a los datos obtenidos. La terapia Gestalt fue el enfoque psicoterapéutico utilizado, a través de su marco de referencia y técnicas se facilita la modificación de la forma en que los participantes hacen uso de los bloqueos gestálticos, esto da como resultado un cambio terapéutico principalmente en el darse cuenta, promoviendo el desarrollo y uso de estrategias de afrontamiento que les permita hacer frente a los factores y síntomas depresivos. Los

resultados cuantitativos del proceso de codificación los podrá visualizar en los archivos adjuntos, allí encontrará información que le permitirá maximizar la comprensión de la presencia de las categorías sesión por sesión y de forma global (Ver anexo 12).

# Andres Montoya González

---

## INFORME DE ORIGINALIDAD

---

1 %

INDICE DE SIMILITUD

1 %

FUENTES DE INTERNET

1 %

PUBLICACIONES

1 %

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

---

## FUENTES PRIMARIAS

---

1

[repositorio.urp.edu.pe](http://repositorio.urp.edu.pe)

Fuente de Internet

1 %

---

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo