

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
Capítulo I. Soporte Teórico	22
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
Capítulo II. Metodología	64
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
Capítulo III. Resultados	86
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
Capítulo IV. Discusión y Conclusiones	182
Discusión.....	182
Conclusiones	192
Limitaciones del Estudio.....	197
Recomendaciones.....	198
Referencias Documentales	200
Anexos	229

Índice de Tablas

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

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

Índice de Figuras

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

La ¹OMS 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 Fontanil, 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, desánimo 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; aislamiento 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 (Henao, 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