



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía Letras y Ciencias de la  
Educación

Escuela de Psicología Clínica

*“Aplicación de terapia grupal desde la perspectiva  
humanista, en pacientes de consulta externa con trastorno  
depresivos, atendidos en el Centro de Reposo y Adicciones  
C.R.A.”*

Tesis de grado previa a la obtención  
del título de Psicóloga Clínica

Autoras: Carol Patricia Palacios Pesántez  
Ana Cristina Sánchez Tapia

Director: Psic. Mario Moyano

Cuenca - Ecuador  
2010

## **DEDICATORIA**

Con cariño a Aída Victoria

Ana Cristina

A mis hijos por permitirme soñar

Carol

## **AGRADECIMIENTOS**

Infinitas gracias al grupo de integrantes de terapia por permitirnos compartir su camino.

Gracias al Dr. Saúl por su apertura, confianza y motivación hacia el interés por el Otro.

Al Director de este trabajo, Mario Moyano, por su guía.

Gracias a nuestras familias por su apoyo.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
ÍNDICE DE CONTENIDO .....	IV
ÍNDICE DE TABLAS.....	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	VII
RESUMEN .....	VIII
ABSTRACT .....	IX
INTRODUCCIÓN .....	IX
CAPITULO I .....	3
TRASTORNOS DEPRESIVOS .....	3
Introducción.....	3
1.1. Definición.....	4
1.1.1. Clasificación.....	5
1.2. Etiología.....	6
1.2.1. Causas primarias.....	6
1.2.1.2. Factores psicológicos.....	7
1.2.2. Causas secundarias.....	9
1.3. Manifestaciones.....	10
1.4. Clasificación y cuadros clínicos .....	11
1.4.1. Episodio depresivo mayor.....	11
1.4.2. Trastorno depresivo Mayor.....	13
1.4.2.1. Especificaciones.....	13
1.4.3. Trastorno Distímico.....	14
1.4.4. Trastorno depresivo no especificado.....	15
1.5. Curso.....	16
1.6. Epidemiología.....	17
1.7. Conclusiones .....	18
CAPÍTULO II .....	20
PSICOLOGÍA HUMANISTA .....	20
Introducción.....	20
2.1. Antecedentes.....	20
2.2. Teóricos Humanistas: fundamentos.....	21
2.2.1. Maslow y la psicología Humanista .....	21
2.2.1.1. Psicoterapia de Maslow .....	24

2.2.2.	Rogers: terapia centrada en el cliente .....	24
2.2.2.1.	Conceptos básicos .....	24
2.2.2.2.	Terapia no directiva .....	30
2.2.2.3.	El proceso de la terapia .....	31
2.2.3.	Perls y la terapia Gestáltica .....	32
2.2.3.1.	Premisas básicas .....	32
2.2.3.2.	El nacimiento de la neurosis .....	35
2.2.3.3.	Metas y reglas de la Terapia Gestáltica .....	36
2.3	Conclusiones .....	38
<b>CAPITULO III .....</b>		<b>39</b>
<b>TERAPIA DE GRUPO .....</b>		<b>39</b>
Introducción .....		39
3.1.	Definición .....	39
3.2.	Factores terapéuticos en la terapia de grupo .....	40
3.3.	Estructura del grupo .....	42
3.3.1.	Selección de pacientes .....	42
3.3.2.	Organización .....	45
3.3.3.	Encuadre Terapéutico .....	46
3.4.	Terapia de grupo con enfoque humanista .....	48
3.4.1.	Relación terapéutica .....	48
3.4.2.	Cualidades y tareas del terapeuta .....	49
3.4.3.	Técnicas humanistas .....	51
3.5.	Terapia de grupo con abordaje gestáltico .....	52
3.5.1.	Estructura y dinámica .....	52
3.5.2.	Grupos de terapia Gestalt .....	53
3.5.3.	Técnicas de la terapia gestáltica .....	54
3.6.	Acercamiento de Terapia grupal en los trastornos depresivos .....	57
3.7.	Conclusiones .....	58
<b>CAPÍTULO IV .....</b>		<b>60</b>
<b>DISEÑO DEL DISPOSITIVO GRUPAL .....</b>		<b>60</b>
Introducción .....		60
4.1.	Diseño del proceso de terapia grupal .....	60
4.1.1.	Fase 1: diagnóstico, conformación y organización del grupo .....	61
4.1.2.	Fase 2: preparación del contexto .....	63
4.1.3.	Fase 3: planificación terapéutica .....	65
4.1.3.1.	Señalamiento de técnicas .....	66
4.1.3.2.	Pautas y principios gestálticos .....	72
4.1.3.3.	Sesiones .....	74
	SESIÓN # 1 .....	75
	SESIÓN # 2 .....	76
	SESIÓN # 3 .....	77
	SESIÓN # 4 .....	78

SESIÓN # 5.....	79
SESIÓN # 6.....	80
SESIÓN # 7.....	81
SESIÓN # 8.....	82
SESIÓN # 9.....	83
SESIÓN # 10 .....	84
SESIÓN # 11 .....	85
SESIÓN # 12 .....	86
<b>4.2 Conclusiones .....</b>	<b>86</b>
<b>CAPITULO V .....</b>	<b>88</b>
<b>APLICACIÓN DEL DISPOSITIVO TERAPÉUTICO .....</b>	<b>88</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>88</b>
<b>5.1. Intervención terapéutica.....</b>	<b>88</b>
<b>5.2. Registro de evolución.....</b>	<b>89</b>
<b>5.3. Resultados finales del proceso terapéutico.....</b>	<b>107</b>
5.3.1. Resultado Grupal.....	107
5.3.2. Resultados individuales .....	108
5.3.3. Cuadros comparativos según puntajes de reactivos aplicados .....	109
<b>Conclusiones.....</b>	<b>112</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>113</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>114</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>115</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS .....</b>	<b>¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>117</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. 1 CRITERIOS PARA EPISODIO DEPRESIVO MAYOR.....	11
TABLA 1. 2 ESPECIFICACIONES DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR DE ACUERDO A LOS EPISODIOS.....	13
TABLA 1. 3 ESPECIFICACIONES DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR POR SU SEVERIDAD.....	13
TABLA 1. 4 CLASIFICACIÓN DEL TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO	16
TABLA 2. 1 CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA AUTORREALIZADA .....	23
TABLA 2. 2 CONDICIONES DEL PROCESO TERAPÉUTICO.....	30
TABLA 2. 3 EL PROCESO DE LA TERAPIA ROGERIANA.....	32
TABLA 3. 1 FACTORES TERAPÉUTICOS DE BENJAMÍN J. SADOCK.....	41
TABLA 3. 2 RELACIÓN TERAPÉUTICA, ROGERS (1981) .....	49

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 2. 1 PIRÁMIDE DE NECESIDADES DE MASLOW.....	22
GRÁFICO 4. 1 MAPA DEL DISPOSITIVO TERAPÉUTICO .....	61
GRÁFICO 5. 1 NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN INVENTARIO DE BECK.....	110
GRÁFICO 5. 2 NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN ESCALA DE HAMILTON .....	111
GRÁFICO 5. 3 ÍNDICES DE LA ESCALA DE HAMILTON .....	111

## **RESUMEN**

El presente trabajo propone el diseño y aplicación de un dispositivo de terapia grupal para pacientes con depresión que acuden a la consulta externa en el Centro de Reposo y Adicciones CRA. Surge a partir de la demanda de los pacientes y de la necesidad de implementar un nuevo servicio en la institución. Este diseño se fundamenta en la corriente psicológica humanista gestáltica que trasmite una forma distinta de concebir la enfermedad. El modelo propuesto valora al ser humano con grandes potencialidades y recursos. Prioriza el trabajo experiencial y el uso de técnicas para adquirir herramientas y facilitar el crecimiento personal.



## **ABSTRACT**

This work proposes the design and implementation of a group therapy mechanism for patients with depression who attend outpatients' clinic in the center of Rest and Addictions (CRA). It CAME from the demand from patients and the need to implement a new service in the institution. The design is based in the current Humanist Gestalt psychology that transmits a distinct form of understanding the disease. The proponed model values the human being with great potentialities and resources. It prioritizes experiential work and the use of techniques to acquire tools and facilitate personal growth

## INTRODUCCIÓN

La intervención grupal para el tratamiento del trastorno depresivo, cada vez más frecuentes en la consulta psicológica, es de gran importancia y utilidad. La psicoterapia grupal ha ido creciendo en número, amplitud, intensidad y efectividad; dando lugar a su estudio, desarrollo y aplicación.

La incidencia del trastorno depresivo y su demanda nos lleva a tomar medidas tanto preventivas como de tratamiento. Es evidente que las terapias psicológicas son susceptibles de ser aplicadas en grupo, permitiendo ventajas y aprovechamiento de recursos para beneficio de los participantes y la institución que brinda este servicio.

La corriente psicológica humanista aplicada al trabajo grupal considera al grupo proveedor del espacio para el encuentro con uno mismo y con el otro permitiendo conocer y comprender al organismo humano y la dinámica de su desarrollo.

En la práctica clínica es necesario disponer de un dispositivo efectivo para la intervención terapéutica. Conociendo los beneficios de la terapia humanista gestáltica se propone el desarrollo de un modelo de intervención grupal para el tratamiento de la depresión.

La iniciativa de este trabajo permite vincular lo metodológico y estructurado de los sustentos teóricos psicológicos de terapia grupal con las técnicas y bases filosóficas del humanismo y la gestalt y de esta manera brindar una herramienta útil para los pacientes con trastorno depresivo que reciben tratamiento ambulatorio en el Centro de Reposo y Adicciones.

El presente trabajo propone, en su primera parte, el conocimiento del trastorno depresivo, sus generalidades, manifestaciones clínicas y abordajes tradicionales. La segunda parte expone los fundamentos teóricos de la terapia humanista y gestáltica. La tercera señala el modelo de intervención grupal, para luego, en la cuarta parte, presentar un diseño que integra el

modelo grupal con la terapia humanista gestáltica, destinado al tratamiento de pacientes con depresión. Finalmente se aplica el diseño programado y se exponen los resultados obtenidos.

Con esta iniciativa pretendemos generar el espacio para el tratamiento orientado a: disminuir sintomatología, permitir la adquisición de herramientas, facilitar autoconocimiento, dar lugar al aprendizaje experiencial y al despertar del sentido de actualidad y de responsabilidad. Con la finalidad de mejorar su calidad de vida; permitiendo reconocer en la enfermedad o sufrimiento la oportunidad de crecimiento personal y aprendizaje.

## CAPITULO I

### TRASTORNOS DEPRESIVOS

#### **Introducción**

Existe una gran preocupación en el ámbito de la salud ya que cada año aumentan los casos de depresión y suicidio. La depresión es una condición incapacitante que afecta a millones de personas provocando un grave desequilibrio emocional. Es una enfermedad que puede destruir la vida en muchos niveles; afectando el desempeño cotidiano de la persona. La incapacidad y las alteraciones mentales y emocionales pueden ser tan graves que la persona requiera hospitalización y en ocasiones pueda llegar al suicidio. Es difícil medir el riesgo suicida de una persona, por lo tanto es necesario tomar precauciones en todos los casos de depresión, especialmente si ésta es severa (Pedro Retamal, 2003).

En un estudio estadístico realizado en el 2008, en la ciudad de Cuenca en el Centro de Reposo y Adicciones (C.R.A), de 4.795 pacientes atendidos en la consulta externa 1.493 han sido diagnosticados con trastorno depresivo siendo esta la primera causa de morbilidad con un 30%. En segundo lugar están los trastornos psicóticos con un 16% y en tercer lugar los trastornos relacionados con consumo de sustancias con 12.5%.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el 2020 será la primera causa de incapacidad laboral, y la segunda enfermedad más frecuente del mundo; además que el nivel de depresión aumentará hasta en el 6% del total de los casos. La depresión es actualmente la perturbación más incapacitante que afecta al 10.7% de la población, es decir, afecta a 600 millones de personas en el mundo. Actualmente se reconoce que los trastornos depresivos tienen una alta tasa de recurrencia, cada nuevo episodio conlleva nuevos riesgos de deterioro psicosocial y de suicidio.

En los últimos años, la depresión se ha vuelto tan frecuente que ya muchas personas utilizan la palabra depresión para describir sus estados de tristeza o preocupación. La sociedad está empezando a reconocer a la depresión como un problema importante de salud pública. Es un trastorno común, extenuante y con grandes posibilidades de tratamiento.

En este capítulo se detalla la etiología de este trastorno, su clasificación, curso y manifestaciones clínicas, epidemiología y tratamiento que permita un conocimiento adecuado para diagnóstico temprano, tratamiento de esta enfermedad.

### **1.1. Definición**

Como se señala en el libro de psiquiatría de Toro y Yepes, "las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia, e ideación suicida". (pág. 152)

A inicios del siglo XX los pacientes deprimidos se trataban como "melancólicos". Alrededor de 1950 se empiezan a usar los primeros antidepresivos y hasta 1970 se tuvo el conocimiento pleno de lo que era la bioquímica de la depresión. Es entonces cuando aparecen las primeras publicaciones científicas del padecimiento.

Como se señala en el artículo de S. Méndez en la Web [www.innatia.com/s/c-combatir-la-depresion](http://www.innatia.com/s/c-combatir-la-depresion), la depresión es un trastorno de tipo emocional que se muestra como un estado de infelicidad y abatimiento. La definición de depresión la podemos abordar desde su etimología u origen de la palabra que es "depressus". Esta palabra latina quiere decir abatido o derribado.

La depresión se configura por una serie de síntomas o un síndrome, que repercute y afecta los aspectos emocionales del sujeto. Esto a su vez repercute en la vida cotidiana de la persona de forma negativa mediante:

descenso del rendimiento profesional, pobre rendimiento escolar o académico o empobrecimiento de los vínculos sociales.

La depresión se puede manifestar de múltiples formas como: problemas cognitivos, alteraciones volitivas, trastornos somáticos, etc.

### 1.1.1. Clasificación

En los textos de psicopatología y en las diferentes obras que existen acerca de depresión encontraremos diferentes clasificaciones. Tomando en cuenta los factores que la originan se clasifica en:

**a) Depresión endógena u orgánica:** tiene como origen un desorden fisiológico, se origina por una disfunción bioquímica del cerebro y contiene un elemento genético, es hereditaria. Cuando se explora el árbol genealógico de la persona es común encontrar una larga historia de depresión y suicidio.

**b) Depresión psicógena:** A diferencia de la depresión orgánica, tiene su origen en conflictos psicológicos, carencias de infancia, eventos traumáticos, etc. Distinguimos dos tipos:

- **Reactiva:** Surge a partir de una causa que es evidente, como la pérdida de un ser querido o de algo considerado valioso -trabajo, casa, ciudad-, etc. La depresión que se vive en el proceso de duelo es de tipo reactivo. Se presenta con menos síntomas físicos que la de origen orgánico. Comúnmente no hay pérdida considerable de memoria, ni malestares gastrointestinales, o dolores.

- La depresión de origen psicológico se deriva de experiencias tempranas en la vida de la persona como son las pérdidas, el abandono, padres emocionalmente distantes, atmósfera hogareña hostil o francamente agresiva, abuso sexual y/o emocional.

**c) Depresión noógena:** Víctor Frankl en su obra *el hombre en busca de sentido* refiere que la neurosis noógena se origina en una frustración existencial del hombre moderno que no encuentra la manera de satisfacer su necesidad de sentido, de dar un contenido coherente de significados, valores y trascendencia a su existencia. El cuestionamiento por el sentido de la vida no es en modo alguno patológico; es algo totalmente humano, parte ineludible del tener consciencia de sí mismo y del ser en el mundo. Se convierte en generador de patologías cuando la pregunta por el sentido de la propia vida no obtiene respuestas, cayendo así en un vacío existencial crónico que empuja al absurdo, a la agresividad, la apatía, el aburrimiento, la adicción, depresión y suicidio.

## **1.2. Etiología**

La etiología del trastorno depresivo se puede clasificar en primarias y secundarias

### **1.2.1. Causas primarias**

Dentro de las causas primarias existen factores biológicos, y psicológicos, a continuación se explican brevemente.

**1.2.1.1. Factores orgánicos y biológicos:** Toro y Yepes en su libro *Psiquiatría Fundamentos de medicina* señala los siguientes factores (pág. 154)

**a) Factores bioquímicos cerebrales:** Se refiere a los cambios en las monoaminas cerebrales (noradrenalina, serotonina y dopamina). La teoría de las catecolaminas postula que en la depresión hay un déficit de norepinefrina en sinapsis específicas cerebrales. Un prerrequisito básico para la depresión sería un déficit en la serotonina. A pesar de las hipótesis y hallazgos, el papel que las monoaminas juegan en los trastornos afectivos no está esclarecido. Postular que la depresión se

debe a la deficiencia de un solo neurotransmisor es simplista, posiblemente existen desequilibrios entre varios de ellos. Además se han involucrado el GABA, el glutamato y la acetilcolina.

- b) **Neuroendocrinos:** Múltiples estudios demuestran anomalías en el eje hipotálamo pituitaria adrenal (HPA) en los trastornos depresivos
- c) **Neurofisiológicos:** Uno de los hallazgos más consistentes en el electroencefalograma (EEG) del paciente deprimido es el del acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos (MOR) durante el sueño
- d) **Neuroimágenes:** En las depresiones de iniciación temprana algunos estudios demuestran disminución del volumen del hipocampo, aumento del volumen de la amígdala derecha, o pérdida de la asimetría normal de la amígdala, disminución del volumen de los ganglios basales y disminución del volumen de la corteza prefrontal. En la iniciación tardía se han descrito hiperintensidades en la sustancia blanca, atrofia difusa cortical y subcortical, y aumento de los infartos cerebrales.
- e) **Genéticos y familiares:** el trastorno depresivo mayor es 1.5 – 3 veces más común en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren éste, que en la población general. La concordancia en gemelos monocigotos es de 37% en hombres y 31% en mujeres, en los dicigotos es de 23 y 25% respectivamente.

#### 1.2.1.2. Factores psicológicos

Muchos autores postulan que en las depresiones, especialmente en las de menor intensidad, es de mayor importancia etiológica la presencia de factores psicógenos, ya sean dinámicos o conductuales.

En la teoría **psicoanalítica**, los estudios de las diferencias entre el duelo normal y el anormal realizado por Freud, se indica que en el duelo normal la persona lamenta la pérdida de un ser amado, propiedad o creencia



ideológica; se siente triste, perdido e incapaz de disfrutar nada. Freud pensaba que después de la pérdida la libido era retirada del objeto amado e investida en el sujeto. Este se retrae, siente culpa ambivalente por pecados de omisión y comisión hacia la persona perdida y agresión por sentirse abandonado. A través del duelo el sujeto se libera poco a poco de la persona perdida y así puede de nuevo interesarse en otras cosas y personas. Durante este periodo la sociedad y la cultura proveen apoyo al doliente para que pueda reorientarse y asumir nuevas tareas y vínculos. En el duelo anormal el paciente se comporta como si la pérdida fuera más grave, debido a que se identifica con el muerto y ha presentado sentimientos de ambivalencia contra los padres durante la infancia (Pedro Retamal C, 2003).

Según las **teorías psicosociales** se da un aumento de depresiones luego de situaciones estresantes como divorcios, viudez, pérdidas de seres queridos, desastres naturales, guerras, permanencia en campos de concentración, y períodos de desintegración social, pérdidas laborales y migración (Toro y Yepes, 2004).

La **teoría del aprendizaje** atribuye importancia a los trastornos del comportamiento y la cognición. *Seligman* denomina desesperanza aprendida cuando un individuo es sometido de forma repetida a estímulos desagradables que no puede predecir ni controlar; por lo que la persona se deprime percibiendo que las cosas están fuera de su control.

*Lewinsohn* observó que la pérdida de refuerzo en el ambiente puede crear y mantener un comportamiento depresivo. Ej. Un niño pierde a su madre, perdiendo los refuerzos que su madre le daba; se deprime por lo que consigue la atención de los otros, reforzando su conducta perpetuando la condición depresiva.

*Beck*, en la **teoría cognitiva**, refiere que la depresión es consecuencia de distorsión del pensamiento que produce una visión negativa del mundo, de

sí mismo y del futuro. Por lo tanto el estado depresivo sería secundario a los fenómenos cognoscitivos (A. Beck, 2003).

Para la **teoría sistémica** la depresión es concebida como la expresión de alteraciones en las interacciones, estilos relacionales y patrones comunicacionales de un grupo social comprendido como un sistema (Rafael Prada, 1998).

Según la **Logoterapia** el aburrimiento se ha convertido en una causa de enfermedad psíquica de primer orden. La depresión se puede atribuir a aquel vacío interno. El hombre de las sociedades modernas va del estrés de una vida acelerada a la ansiedad y el aburrimiento del tiempo libre. El ritmo acelerado de la semana es, en ocasiones, un vano intento de autocuración o evasión de la frustración existencial (Victor Frankl, 1994).

La teoría de la **Gestalt** comparte con el modelo de autorregulación de la depresión la hipótesis de que los humanos funcionamos de acuerdo al principio de homeostaticidad. El modelo de la autorregulación mantiene que cuando una cadena comportamental no se completa convenientemente, todos los organismos pasan por las fases de autorevisión, autoevaluación, y autorrefuerzo. Para el individuo depresivo, sin embargo, las autoevaluaciones tienden a ser excesivamente inflexibles y los autorrefuerzos claramente inadecuados. Por tanto, la natural autorregulación del organismo queda obstruida (Perls, 1978).

### **1.2.2. Causas secundarias**

Algunas drogas de uso común como hipotensores, anfetaminas, cocaína, alcohol; enfermedades médicas como cáncer, SIDA, trastornos endocrinos, trastornos neurológicos, enfermedades respiratorias y cardiovasculares; y enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia pueden ser causa de un cuadro depresivo.

### 1.3. Manifestaciones

De acuerdo con la sintomatología, siguiendo el libro de psiquiatría de Toro y Yepes, los pacientes deprimidos pueden dividirse en tres grupos:

En el **primer** grupo se encuentran los pacientes que presentan *predominantemente síntomas depresivos* como tristeza, vacío, llanto, sentimientos de culpa y minusvalía, disminución de las actividades placenteras, ideación suicida, pérdida de apetito, alteraciones en el sueño, etc. Este grupo es fácilmente diagnosticado.

El **segundo** grupo es de *predominio somático*, consultan por síntomas generales u orgánicos como trastornos de homeostasis general, problemas dolorosos, neurológicos. En lo referente a la homeostasis general es frecuente la pérdida de peso sin causa orgánica, insomnio, fatigabilidad, somnolencia. Los problemas dolorosos más comunes son las cefaleas, algias articulares; dolores torácicos, abdominales; neuralgias. Los problemas neurológicos generalmente se presentan con vértigo, acompañado a veces con marcha insegura, fallas en la memoria y en la concentración. Varios estudios reportan que pacientes con dolores sin causa orgánica padecen depresión. Este subgrupo de pacientes son sometidos por lo general a múltiples exámenes clínicos.

El **tercero** se manifiesta por *predominio de síntomas psiquiátricos* según Watts, la ansiedad es la máscara más común de la depresión, puede también acompañarse de síntomas del sistema nervioso autónomo, tales como sudoración de las manos, palpitaciones, ahogo, sequedad de la boca, sensación de vacío en el estómago. El alcoholismo y farmacodependencia aunque es más frecuente que produzcan una depresión secundaria, a veces ellos son otra máscara psíquica de una depresión primaria. La Hipocondriasis es una manifestación común de una depresión subyacente. En un estudio el 21% de un grupo de hipocondríacos sufrían primordialmente de un cuadro depresivo.

## 1.4. Clasificación y cuadros clínicos

Según la clasificación del DSM IV TR el cuadro clínico de un episodio depresivo se presenta de la siguiente forma:

### 1.4.1. Episodio depresivo mayor

Los criterios diagnósticos se especifican en el siguiente cuadro:

A	Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas, durante un periodo de 2 semanas y presentan un cambio respecto a la actividad de funcionamiento previo. Por lo menos uno de los síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) pérdida del interés
1	Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
2	Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
3	Pérdida o aumento significativo de peso.
4	Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5	Agitación o retardo psicomotor
6	Fatiga o pérdida de energía
7	Sentimiento de minusvalía o culpa excesiva
8	Capacidad disminuida de pensar o concentrarse.
9	Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico o intento de suicidio con plan específico.
B	Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
C	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo en el área laboral, social o familiar.
D	Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos de sustancias
E	Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por incapacidad funcional, preocupaciones de inutilidad, e ideación suicida.
Tabla 1. 1 Criterios para episodio depresivo mayor DSM-IV-TR	

El ánimo deprimido se manifiesta por sentirse triste, desesperanzado, desanimado. Es generalizada y atenaza al individuo quien no puede liberarse de ella. En cuanto a la pérdida del interés el sujeto refiere que nada le importa, que no disfruta de actividades que antes le eran placenteras.

Referente a los síntomas adicionales que se presentan en el episodio:

- Normalmente el **apetito** disminuye
- Es característico el **insomnio** intermedio (despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío

(despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse); también se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño) y la hipersomnia que es más rara y se manifiesta por prolongación del sueño nocturno o por somnolencia diurna.

- Los cambios **psicomotores** incluyen agitación (incapacidad para permanecer quieto) o enlentecimiento (lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, llegando a veces al mutismo).
- La disminución de la **energía** se presenta con cansancio y fatiga. Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico, incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo. Puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas.
- La **autoestima** disminuida se manifiesta por una evaluación negativa exagerada del valor propio, o sentimiento de inutilidad o de culpa. Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades.
- La **concentración** es deficiente, muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- Son frecuentes los **pensamientos de muerte**, la ideación suicida o las tentativas suicidas con planes elaborados.

En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado. En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada en la entrevista. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad por ejemplo ira persistente y/o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia. En los niños y los adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable.

### 1.4.2. Trastorno depresivo Mayor

Se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

#### 1.4.2.1. Especificaciones

Las especificaciones para el diagnóstico de trastorno depresivo son:

De acuerdo al número de episodios	
<b>Episodio único</b>	Sólo se ha presentado un episodio depresivo mayor. Estudios demuestran que esta evolución es la menos frecuente.
<b>Recidivante</b>	Este curso es el más común. Se caracteriza por la presencia de dos o más episodios depresivos mayores. Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.
Tabla 1. 2 Especificaciones del trastorno depresivo mayor de acuerdo a los episodios DSM-IV-TR	

De acuerdo con la severidad: la clasificación se basa en el número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar.	
1	Leve
2	Moderado
3	Grave sin síntomas psicóticos
4	Grave con síntomas psicóticos
5	En remisión parcial/en remisión total
6	No especificado
Tabla 1. 3 Especificaciones del trastorno depresivo mayor por su severidad DSM-IV-TR	

Los **episodios leves** se caracterizan por la presencia de sólo cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual.

Los **episodios moderados** tienen una gravedad intermedia entre los leves y los graves.

Los **episodios graves** sin síntomas psicóticos se caracterizan por varios síntomas por encima de los necesarios para hacer el diagnóstico de episodio depresivo mayor, es evidente y observable. Además de una marcada interferencia con el funcionamiento ocupacional, social.

Los **episodios graves con síntomas psicóticos** se caracterizan por presencia de ideas delirantes o alucinaciones. En la mayoría de los casos el contenido de las ideas delirantes y las alucinaciones es consistente con los temas depresivos. Estas pueden ser *congruentes* con el estado de ánimo incluyen ideas delirantes de culpa, fracaso personal, enfermedad, de ser merecedor de un castigo, ideas delirantes nihilistas, somáticas o ideas delirantes de ruina. Cuando hay alucinaciones, éstas generalmente son transitorias y no elaboradas, y pueden consistir en voces que reprenden al sujeto por sus defectos o sus pecados. Las ideas delirantes *incongruentes* con el estado de ánimo pueden ser ideas de persecución, ideas delirantes de inserción del pensamiento, ideas delirantes de difusión del pensamiento e ideas delirantes de control. Estos síntomas están asociados a un mal pronóstico. El clínico puede indicar la naturaleza de los síntomas psicopáticos mediante las especificaciones con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo y con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

### 1.4.3. Trastorno Distímico

La característica esencial es un estado de ánimo deprimido crónico. Ocurre la mayor parte del día con una duración mínima de dos años, sin tener período mayor de dos meses seguidos libre de sintomatología. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o desanimado. Durante los períodos de depresión hay al menos dos síntomas de entre los siguientes:

- Anorexia o hiperfagia.
- Insomnio o hipersomnias

- Falta de energía o fatiga
- Baja autoestima
- Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza
- Pérdida de intereses y aumento de la autocrítica (viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles)

Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos. No se establece el diagnóstico de trastorno distímico si el sujeto ha presentado alguna vez un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. No se establece el diagnóstico independiente de trastorno distímico si los síntomas depresivos se presentan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica. Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral (o escolar) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Se puede desarrollar en forma insidiosa desde la niñez o la adolescencia y en este caso es más probable que desarrolle un episodio depresivo mayor.

#### **1.4.4. Trastorno depresivo no especificado**

Incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:



CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
Trastorno disfórico premenstrual	Ocurre durante la última semana de la fase luteínica y remite a los pocos días del inicio de la menstruación. Los síntomas son depresión, ansiedad, labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades. Se presentan en la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.
Trastorno depresivo menor	Episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.
Trastorno depresivo breve recidivante	Cumple con los criterios del episodio depresivo con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses. Es incapacitante y presenta intentos de suicidio
Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia	Un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.
Tabla 1. 4 Clasificación del trastorno depresivo no especificado DSM-IV-TR	

### 1.5. Curso

Los datos epidemiológicos refieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es a la mitad de la tercera década de la vida. El curso del trastorno depresivo mayor, recidivante, es variable. Algunas personas tienen episodios aislados, separados por muchos años, otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores. Algunos datos sugieren que, en general, los períodos de remisión duran más en las fases tempranas del curso del trastorno. El número de episodios previos es predictor de las

probabilidades de presentar un episodio depresivo mayor posterior (Toro y Yepes, 2004).

Aproximadamente, se puede esperar que el 50-60 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, tengan un segundo episodio. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70 % de posibilidades de tener un tercero y los sujetos que han tenido tres episodios tienen un 90 % de posibilidades de tener el cuarto. Entre el 5 y el 10 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, presentan más tarde un episodio maníaco. Algunos sujetos presentan un trastorno distímico previo al inicio del trastorno depresivo mayor, episodio único (DSM-IV-TR).

Los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios del trastorno depresivo mayor y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia de alcohol o cocaína) pueden contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo mayor.

## **1.6. Epidemiología**

Según Jesús de la Gándara en su artículo "La depresión: un problema de salud pública", en la Web [www.saudeetrabalho.com.br/download/la-depression.ppt](http://www.saudeetrabalho.com.br/download/la-depression.ppt) señala:

- El 25 % de la población padece al menos una vez en su vida una depresión.
- Las depresiones se asocian con más frecuencia a otras enfermedades mentales y médicas.
- La depresión afecta al doble de mujeres que a hombres.
- La incidencia más alta de depresión en la mujer se sitúa entre los 30-35 años.
- Los varones casados tiene menos depresiones.

- La frecuencia de depresión en el varón aumenta con la edad más que en la mujer.
- El 10-20 % de las personas que van al médico generalista tienen depresión.
- El 50 % de los pacientes que ve un psiquiatra son depresivos/as
- El 80 % de los depresivos/as no reciben un tratamiento correcto

En el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), en un estudio estadístico realizado en el 2008, un 30 % de pacientes atendidos en consulta externa padecen trastornos depresivos, siendo esta la primera causa de morbilidad.

Según los estudios realizados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el número de casos notificados y las tasas de incidencia anual de depresión, en 1998 fueron de 4.712 casos con una tasa de 38.71 y para el 2007 se evidencia un incremento considerable de 9.776 casos con una tasa de 71.85. (Ver anexo 1)

## **1.7. Conclusiones**

La incidencia del trastorno depresivo y la demanda que produce ha llevado a los profesionales de la salud a estudiar su definición, etiología, presentación clínica y tratamiento.

En la consulta psicológica las depresiones son muy comunes y si, a la magnitud de este problema, contrastamos la facilidad y efectividad de los tratamientos existentes se hace claro que es responsabilidad del psicólogo aprender a sospechar, diagnosticar y brindar un tratamiento adecuado, con el fin de disminuir la cronicidad y evitar consecuencias adversas personales, familiares o económicas. El psicólogo bien entrenado en la clínica de la depresión estará en una posición ventajosa para diagnosticarla precozmente y tratarla.

Sin duda la depresión es una grave alteración ante la cual se deben tomar medidas tanto preventivas como de tratamiento que busquen dotar a los

individuos de las herramientas necesarias para identificar y fortalecer habilidades de afrontamiento que mejoren su calidad de vida y desempeño social, familiar y laboral.

## CAPÍTULO II

### PSICOLOGÍA HUMANISTA

#### **Introducción**

La psicología humanista surge a partir del siglo XX como una nueva forma de encarar la psicología contemporánea superando los vacíos de sus precedentes como el Psicoanálisis y el Conductismo, escuelas dominantes en aquella época.

Uno de los principios básicos de la psicología humanista es que las personas poseen una tendencia innata al crecimiento. Son seres que tienen en sí mismos capacidad para hallar la verdad y practicar el bien. Hace hincapié en la responsabilidad, la dignidad y el valor de la persona; enfatizando en el ser y sus aspectos metamotivacionales.

Ante el panorama de un mundo dicotomizado surge la "tercera fuerza". Donde se reconoce que el entendimiento se sustenta en los afectos. La caída del dualismo sujeto/objeto, mente/cuerpo señala una reestructuración de la concepción del ser humano. En este contexto paralelo al contexto histórico mundial emerge un replanteamiento acerca de la naturaleza esencial del hombre. La psicología humanista reformulará algunos conceptos esenciales, como la consideración del ser humano como un todo y no la suma de sus partes. Los instintos no son perversos sino fundamentalmente son el fermento potencial de la creatividad humana. El ser humano es un ser, por tendencia natural, autorrealizante (Varas y Rivera, 1990).

#### **2.1. Antecedentes**

La psicología humanista se engarza con dos corrientes de pensamiento: el existencialismo y la fenomenología.

El **existencialismo** es un movimiento filosófico que resalta el papel crucial de la existencia, de la libertad, de la subjetividad y de la elección individual. El tema más destacado en la filosofía existencialista es el de la elección. Sartre afirma que "El existencialismo es un humanismo", con lo cual quería decir que los existencialistas toman como punto de partida al ser humano. El hombre es el único ser vivo que es consciente de su propia existencia, por lo tanto tiene que crearse a sí mismo, tiene que crear su propia naturaleza o esencia. Al hablar del "Yo como proyecto" señala que el ser se convierte a sí mismo a través de las continuas elecciones acentuando la autorrealización del Yo. (Varas y Rivera, 1990)

La **fenomenología** es un movimiento filosófico del siglo XX que describe las estructuras de la experiencia tal y como se presentan en la conciencia, sin recurrir a teoría, deducción o suposiciones procedentes de otras disciplinas tales como las ciencias naturales. El filósofo y fundador de la fenomenología, Husserl define el objeto de estudio de la misma como el estudio de los fenómenos, entendiendo como tales a las experiencias de la conciencia. El mundo exterior es representado en la conciencia. Esas representaciones subjetivas son el objeto de estudio del fenomenólogo (Varas y Rivera, 1990).

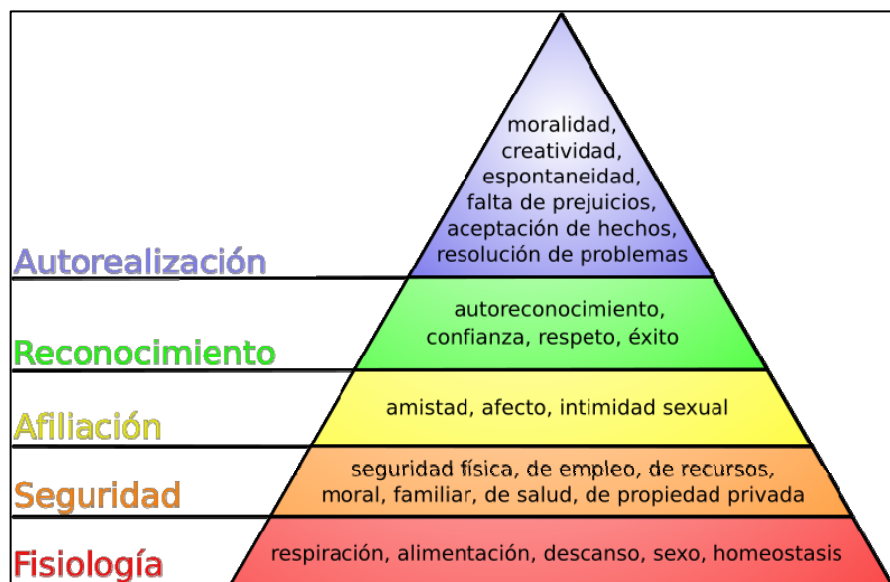
## **2.2. Teóricos Humanistas: fundamentos**

Existen varios autores dentro de la psicología humanista, corriente que cada vez es más estudiada y aplicada en la práctica terapéutica. A continuación se presentan los aportes teóricos de los más reconocidos autores de este enfoque: Maslow, Rogers y Perls.

### **2.2.1. Maslow y la psicología Humanista**

Abraham Maslow fue uno de los grandes impulsores de la psicología humanista, a la que llamó "tercera fuerza". Su teoría del aprendizaje intrínseco se basa fundamentalmente en los conceptos de valores, autorrealización y *self* (Varas 2002).

Maslow señala que los valores resultan intrínsecos a la naturaleza humana, son algo instintivo más que adquirido, puesto que son necesarios para evitar la enfermedad y para lograr la plenitud y crecimiento. Denominó a los valores de más alta índole "Valores del ser", como: justicia, verdad, bondad, simplicidad, autosuficiencia, originalidad, totalidad, etc. Desarrolló la teoría de la motivación y de la jerarquía de las necesidades humanas que describe el proceso por el que el individuo pasa de las necesidades básicas a las necesidades superiores. Este proceso lo denominó autorrealización y consiste en el desarrollo integral de las posibilidades personales (Rivera y Varas 1990). Sugiere una pirámide de necesidades en seis jerarquías:



**Gráfico 2. 1** Pirámide de necesidades de Maslow  
[www.gueb\\_org-xmedia-maslow.jpg](http://www.gueb_org-xmedia-maslow.jpg)

Si se satisfacen las necesidades de orden inferior se puede continuar con las de orden superior. Si una necesidad es satisfecha impulsará al cumplimiento de otra necesidad, la necesidad de autorrealización es de mayor jerarquía. Divide las necesidades en *necesidades de déficit* y *necesidades de crecimiento*. Satisfacer las necesidades inferiores propiamente no da satisfacción sino más bien desaparición de la insatisfacción; sólo las necesidades de autorrealización o metanecesidades es una fuente de auténtica satisfacción y felicidad. Las personas tienden a la autorrealización, fuerza delicada y sutil que puede subsistir aún a pesar de

una cultura pobre, de malos hábitos o de modelos inadecuados (Prada, 1998).

La persona autorrealizada se distingue por:

<b>CARACTERÍSTICAS</b>
Percepción ampliada e integradora de la realidad
Aceptación de uno mismo, de los demás y del entorno
Mayor espontaneidad y creatividad
Mayor capacidad de enfoque correcto de los problemas
Independencia y deseo de intimidad (necesidad de aislamiento para su propia integración)
Autonomía, no se basan en estereotipos sino en perspectivas nuevas y abiertas
Se integran creativamente a la sociedad (identificación)
Adecuadas relaciones interpersonales
Riqueza de reacción emocional
Cambios en la escala de valores
Mayor frecuencias de experiencias cumbre (experiencias estéticas, religiosas, creativas en las que la persona se siente más íntimamente unida a la belleza, a la simplicidad, a la verdad, a la justicia, al orden)
<b>Tabla 2. 1</b> Características de la persona autorrealizada

Para Maslow, ninguna teoría de la psicología estará completa si no incorpora en su centro la idea de que el hombre tiene su futuro en su propio interior. Los aspectos positivos de la vida humana, como: felicidad, goce, satisfacción, paz, etc. y las potencialidades o fuerzas del individuo habían sido ignorados por los científicos; en cambio Maslow señala que mediante el estudio de esas cualidades podemos aprender mucho acerca del ser humano (Varas y Rivera, 1990).



### **2.2.1.1. Psicoterapia de Maslow**

El objetivo principal de la psicoterapia se centra en la autorrealización, el desarrollo de los valores y el descubrimiento profundo de sí mismo. El terapeuta o facilitador actúa más como receptor que como intruso. Incluye en el aprendizaje aquellas experiencias que son o han sido significativas para la persona. La experiencia es considerada como anterior a todo concepto o abstracción; nos hace comprender los límites de la racionalidad verbal, analítica y conceptual. Acepta a la persona y le ayuda a averiguar la clase de persona que ya es, cual es su estilo, cuales son sus actitudes, que es lo que se le da bien o no, que es lo que puede desarrollar, cuales son sus cualidades y cuales sus potencialidades. Otra meta de psicoterapia es ayudar al sujeto para que logre una mayor habilidad en la referente a satisfacer sus necesidades individuales, en una interacción sinérgica con su comunidad y así impulsarlo para tomar el camino hacia la autorrealización (Varas 2002).

### **2.2.2. Rogers: terapia centrada en el cliente**

Carl Rogers fue un defensor e impulsor del concepto del Yo (Self), de la capacidad de autorrealización del Yo. Refiere que el comportamiento no se explica solo por variaciones externas, es importante ver el contexto subjetivo, interior, el cuadro de referencia del sujeto. Tampoco la persona se guía por un impulso ciego incontrolable, sino que tiene en sí una capacidad creadora, autorreguladora, positiva. Por esto Rogers enfatiza en la libertad, autodeterminación, valores, metas y propósitos (Rogers, 1961).

#### **2.2.2.1. Conceptos básicos**

Su teoría está construida en torno a conceptos y nociones fundaméntales que la ubican dentro de dos corrientes importantes de la psicología: la tradición fenomenológica y la tradición organísmica; de esta forma la sitúan dentro de la tendencia humanista o tercera fuerza de la psicología americana.

Considerando la obra "Psicoterapia centrada en el cliente" se presenta a continuación los constructos básicos de su teoría.

- **Conceptos orgánicos:** el organismo humano es el centro de estudio de esta psicología totalizante; que considera al hombre un ser unitario, racional, social, progresivo y realista.
  - o **El organismo:** es una totalidad superior a las partes y trasciende a la suma de las mismas, es una Gestalt o totalidad organizada. No se refiere únicamente a lo que la fisiología entiende por tal, sino a la totalidad de aspectos físicos y psíquicos del hombre (no solo a lo corpóreo). Una característica básica de la vida orgánica es la tendencia a las respuestas totales, organizadas, intencionales. "El organismo reacciona como una totalidad organizada ante su campo fenoménico". Es en todo momento un sistema organizado total; la modificación en cualquier parte puede producir cambios en cualquier otra.
  - o **La tendencia fundamental del organismo:** el organismo humano tal como es concebido por Rogers está constituido por una sola tendencia o motivo básico que es un sistema impulsor, llamado "tendencia actualizante" y por un sistema regulador y de control, que se llama "proceso de evaluación". (Rogers, 1981) La Tendencia actualizante es el postulado fundamental de su teoría. Se refiere a que todo organismo está animado por una tendencia inherente a desarrollar su potencialidad. La operación de la tendencia actualizante tiene por efecto dirigir y mantener el desarrollo del "organismo" en el sentido de la autonomía y de la unidad. Además engloba la noción de motivación en tanto que ésta se refiere a la reducción de necesidades, tensiones y pulsiones; incluye otras motivaciones de crecimiento que parecen trascender este término: la búsqueda de tensiones placenteras, la tendencia a la creatividad, etc.; también abarca las manifestaciones de expansión y crecimiento que

van más allá. Por ejemplo la tendencia a la expansión creadora y emancipadora tal como se revela en los esfuerzos del niño que se ejercita en la locomoción bípeda (Rogers, 2002). *El sistema regulador del organismo*: existe en el hombre un sistema de evaluación del organismo que le mantiene dentro de los límites de su actualización. Al valorar las experiencias, conforme el criterio actualizante, aquellas que son percibidas como conservadoras o expansionantes del organismo son valoradas positivamente. Las que se perciben como negando esta conservación o desarrollo, son valoradas negativamente. Las características de este proceso evaluador llamado "organísmico" son las siguientes: a) Es propio del organismo. b) tienen como punto de referencia la tendencia actualizante. c) es cambiante, flexible y fluido. d) No es necesariamente simbólico o consciente. e) es un proceso eficaz y seguro, se funda en la sabiduría del organismo. f) el centro del proceso está en las propias experiencias orgánicas

- **Conceptos fenomenológicos:** en 1947 Rogers pone atención al campo perceptual del cliente llevándolo a una concepción teórica de la personalidad típicamente fenomenológica. Establece la conexión causal entre la percepción y la conducta, tras afirmarse que el elemento crucial en la determinación de la conducta es el campo perceptual del individuo; postula lo siguiente: "En primer lugar, podría significar que, si el campo perceptual es el que determina la conducta, entonces el objeto de estudio primario para el psicólogo sería la persona y su mundo tal *como son vistos por dicha persona...* significa que las leyes que gobiernan la conducta podrían descubrirse mucho más profundamente volviendo nuestra atención a las leyes que gobiernan la percepción" (Rogers 1951).
  - o **Campo perceptual:** el mundo interior de la persona es un campo en el que interactúan todos sus elementos, y en el cual resulta difícil adscribir una causalidad concreta a un elemento del mismo. Rogers coincide con Snygg y Combs al referirse al

campo perceptual como el universo completo, incluido uno mismo, tal como es, tal como es experimentado por el individuo en el instante de la acción, es el campo de la conciencia personal y único de cada individuo, el campo de la percepción responsable de todas sus conductas. Rogers incluye dentro de este concepto las experiencias no simbolizadas, y por tanto, no conscientes. El campo perceptual es para el individuo la realidad.

- o **La conducta:** es básicamente el esfuerzo intencional por satisfacer sus necesidades tal como estas son percibidas, en la realidad fenoménica. Esta conducta depende de la tendencia actualizante. El organismo reacciona ante el campo tal como lo experimenta y lo percibe, reacciona no frente a la realidad en sí, sino frente a su percepción de la misma. La conducta está orientada a satisfacer necesidades presentes y no por algo ocurrido en el pasado.
  
- **Teoría de la personalidad:** esta teoría según Rogers esta contraída en base al concepto fenomenológico del "sí mismo", el cual constituye también el centro de su concepción del proceso terapéutico. Rogers elaboró un método de comparar las expresiones verbales relativas a uno mismo y comprobó la estrecha relación existente entre la conducta y este tipo de preceptos.
  - o **Self. Concepto del yo o de *sí mismo*:** designa la configuración experiencial compuesta de percepciones tales como las percepciones de las propias características y capacidades; los conceptos de sí mismo en relación a los demás y con el medio; las cualidades de valor que el sujeto concede a las diferentes percepciones; y las metas e ideales que se perciben como poseyendo valor positivo o negativo. Esta configuración es fluida y cambiante, es una Gestalt organizada y coherente se rige a las leyes del campo perceptual. Otra característica es el hecho de estar disponible a la conciencia.

- o **Desarrollo de la personalidad:** a medida que el niño se desarrolla, una parte del campo perceptual total se diferencia gradualmente constituyendo el *sí mismo*. Empieza a reconocer como suya una parte del mundo privado. En un "sí mismo consciente". Se trata de una conciencia de ser o de funcionar.

A medida que el infante interactúa con su ambiente, gradualmente construye conceptos acerca de sí mismo, acerca del ambiente, y acerca de sí mismo en relación con el ambiente. Esta imagen o concepto de sí mismo va a erigir poco a poco en criterio de la selección perceptual del individuo, y en principio regulador de su conducta. Poco a poco ésta imagen va a ir alejándose de la vida orgánica del niño, y va a constituirse en sistema rival del organismo. La dinámica de la vida psíquica va a centrarse en el conflicto entre estos dos sistemas. Por una parte el concepto de sí mismo va a tratar de preservar su estructura frente a las amenazas procedentes del mundo externo. Por otro el organismo, empujado por la tendencia actualizante se verá impulsado a la satisfacción de sus necesidades, con el consiguiente perjuicio para el *self*. En esta lucha se hallará el núcleo de la inadaptación psicológica. En el caso del niño "los valores ligados a la experiencia y los valores que son parte de la propia estructura, en algunos casos son valores experimentados directamente por el organismo, y en otros son valores introyectados o recibidos de otros, pero percibidos de una manera distorsionados, como si hubieran sido experimentados directamente". El concepto del sí mismo, estructurado de esta forma, se ha de preservar y defender de toda amenaza y se establece como criterio regulador de la conducta. Las experiencias, los valores, las conductas no se evalúan conforme al organismo, sino conforme a su relación con éste concepto.

Las experiencias que están de acuerdo a tales normas o valores se perciben como integradas al concepto de sí mismo, las que están en contra se perciben de manera distorsionada o son ignoradas por la consciencia y se excluyen del concepto de sí mismo. Así el sujeto tendrá algunas experiencias sentidas como extrañas al yo. La discrepancia entre el concepto de sí mismo y el organismo hacen ciertas experiencias amenazadoras para el *self*. Para mantener la estructura del *self* se hacen necesarias ciertas reacciones defensivas, de aquí que la persona se separa de la dirección del organismo y se torna inadaptada. Si la experiencia está dividida en dos direcciones, también lo estará la conducta. La angustia es una reacción afectiva frente a esta amenaza. Otras conductas defensivas son: racionalización, fantasía, proyección. En terapia se busca restaurar el contacto de la persona con el organismo.

Con el desarrollo del concepto de sí, el individuo experimenta una necesidad creciente de ser estimado, de sentirse a sí mismo como causa de una experiencia positiva en otro sujeto. Es tal la fuerza de la necesidad de ser estimado que las experiencias se valoran entonces no con base al "organismo" sino basándose en la necesidad de conquistar el aprecio de los seres queridos. De la necesidad de ser estimado nace la "necesidad de estimarse", de valorarse positivamente, y esto se hace introyectando las valoraciones que los otros hacen de uno mismo. Algunas experiencias de sí mismo se evitan únicamente porque perjudican la estima de personas significativas; por lo que la estima de sí, o dignidad personal, adquiere "condiciones", es decir no es absoluta. Distinto sería el caso en el que el sujeto ha obtenido una estima incondicionada por parte de los otros. Sentirse estimado incondicionalmente significa que sea lo que yo haga, diga o

sienta, seré siempre estimado. Es una aceptación de la persona sin juzgarla.

### 2.2.2.2. Terapia no directiva

A la terapia rogeriana se la ha llamado no directiva porque trata de no imponer modelos, normas o maneras de ser, sino de permitir y crear un clima que favorezca el proceso terapéutico. También se la califica de centrada en el cliente porque es éste, y no el terapeuta, quien realmente dirige el proceso de volver a la tendencia de autorrealización.

La creencia básica y esencial de Rogers es que el ser humano en su esencia es un organismo en el cual se puede confiar. Rogers señala que para la producción terapéutica de ciertas modificaciones de la personalidad y el comportamiento es preciso:

Condiciones del proceso terapéutico	
1	Que dos personas estén en contacto.
2	Que la primera persona, el cliente, se encuentre en un estado de incongruencia, vulnerabilidad o angustia.
3	Que la segunda persona, terapeuta, sea congruente (auténtico) en la relación con el cliente.
4	Que el terapeuta experimente una consideración positiva incondicional hacia el cliente.
5	Que el terapeuta experimente una comprensión empática hacia el cliente.
6	Que el cliente perciba la consideración positiva y comprensión empática que el terapeuta le demuestra.

Tabla 2. 2 Condiciones del proceso terapéutico

Esta serie de condiciones son las mismas para la terapia sin tener en cuenta las características particulares de cada uno de los clientes. Es importante que el terapeuta sea "él mismo" durante su interacción con el cliente sean cuales fueren los sentimientos que experimente ese momento. Mientras más se cumplan las condiciones señaladas (de la 2 a la 6) más probabilidades habrá de que el proceso terapéutico se produzca y sea eficaz (Rogers, 2002).

Según Rogers la plenitud humana no es un movimiento gobernado y estimulado desde afuera, sino una propiedad del organismo. Esta actividad y la búsqueda hacia la congruencia pueden ser facilitadas si un cúmulo de confianza y respaldo es depositado en el cliente (Varas 2002).

La restauración del equilibrio psíquico consiste substancialmente en la reconquista de la capacidad de considerar "todas las experiencias" como propias y pertenecientes al yo, y valorarlas esencialmente desde el punto de vista de su utilidad para satisfacer la tendencia fundamental de la autorrealización de sí. Rogers es optimista en este punto: el cliente tiene esa capacidad de "reorganizar", basta que se le den las condiciones necesarias, y tales condiciones las procurará la relación terapéutica (Prada, 1998).

### 2.2.2.3. El proceso de la terapia

Como Carl Rogers plantea en su obra "Terapia, personalidad y relaciones interpersonales", cuando las condiciones del proceso terapéutico existen y se mantienen, se pone en marcha un proceso que tiene las siguientes características:

El proceso de la terapia	
1	El cliente es cada vez más capaz de experimentar sus <i>sentimientos</i> por medios verbales y/o motores.
2	Los sentimientos que expresa se refieren cada vez más al yo por oposición al no-yo.
3	Es capaz cada vez más de establecer una distinción entre los objetos de sus sentimientos y percepciones. Se vuelve menos rígido y más discriminativo en sus percepciones, es decir, la simbolización de sus experiencias es más exacta.
4	Los sentimientos que expresa se relacionan cada vez más con el estado de incongruencia.
5	Llega a experimentar conscientemente la amenaza de tal incongruencia. a) La experiencia de amenaza se hace posible gracias a la constante consideración positiva incondicional del terapeuta.
6	Experimenta con plena certeza sentimientos que, hasta entonces, habían sido negados a la consciencia o distorsionados conscientemente.
7	La imagen del yo se reorganiza para integrar las experiencias que habían sido distorsionadas conscientemente o negadas a la



	consciencia.
8	La congruencia entre su concepto del yo y su experiencia aumenta cada vez más; el yo es capaz ahora de admitir experiencias que antes eran demasiado amenazantes. a) A medida que el número de experiencias amenazantes disminuye, la defensividad disminuye.
9	El cliente se vuelve cada vez más capaz de experimentar la consideración positiva incondicional que el terapeuta le manifiesta.
10	Siente cada vez más una consideración positiva incondicional hacia sí mismo.
11	Se experimenta progresivamente como el centro de valoración
12	La valoración de su experiencia se vuelve cada vez menos condicional y se efectúa cada vez más en función de un proceso de valoración orgánica
Tabla 2. 3 El proceso de la terapia rogeriana	

Al seguir este proceso el cambio fundamental que experimentará el cliente se verá reflejado en el hecho de ser cada vez más congruente, menos defensivo, y estar más abierto a su experiencia (apertura a la experiencia).

### 2.2.3. Perls y la terapia Gestáltica

La teoría de la Gestalt nació ante todo como una teoría de la percepción. Sus iniciadores fueron principalmente Wertheimer, Köhler, y Koffka, quienes en la primera parte del siglo XX trabajaron para dar cuerpo a la nueva teoría (Prada, 1998)

Los primeros gestaltistas no aplicaron sus principios a la psicología clínica y la psicoterapia. Lo hizo en la década de los 50 el psicólogo alemán Perls. Básicamente toma su terapia de los principios de la Gestalt, del psicoanálisis, del Zen y religiones orientales, del existencialismo y de la fenomenología de Rogers y los trabajos de Kurt Lewin. No obstante su terapia forma parte de un cuerpo aparte y organizado (Prada, 1998).

#### 2.2.3.1. Premisas básicas

Perls en su obra "El enfoque Gestaltico & Testimonios de terapia" señala:

- **Totalidad:** "la premisa básica de la psicología de la Gestalt es que la naturaleza humana se organiza en formas o totalidades y es vivenciada

por el individuo en estos términos y puede ser comprendida únicamente en función de las formas o totalidades de las cuales se compone". El hombre no es un conjunto de funciones sino que estructura y organiza el mundo al entrar en contacto con él. (Perls, 2003)

- **Homeostasis:** al igual que Rogers, Perls concibe la salud como un equilibrio orgánico. Lo define como "el proceso mediante el cual el organismo mantiene su equilibrio y por lo tanto su salud, en medio de condiciones que varían... el proceso homeostático transcurre todo el tiempo... cuando el proceso falla en alguna medida, cuando el organismo permanece en un estado de desequilibrio durante demasiado tiempo y es incapaz de satisfacer sus necesidades, está enfermo." Por lo tanto, se puede llamar a este proceso, proceso de *autorregulación*. Bajo este principio el organismo satisface sus *necesidades*; "...en términos de la psicología de la Gestalt podemos decir que la necesidad dominante del organismo, en cualquier momento, se convierte en la figura en primer plano y las demás necesidades retroceden al fondo... para que el individuo satisfaga sus necesidades, para crear o completar la Gestalt, para pasar a otro asunto, tiene que ser capaz de sentir lo que necesita y debe saber cómo manejarse a sí mismo y a su ambiente...". La *realidad* varía según varíen las necesidades del organismo. La necesidad que se imponga en determinado momento organiza el campo de la conducta.
- **Doctrina holística:** considera al hombre un organismo unificado, supera la antigua división mente - cuerpo, la actividad física y mental son del mismo orden, por lo tanto, podemos observarlas ambas como manifestaciones de lo mismo.
- **Límite de contacto:** Perls indica que el *organismo* no es autosuficiente por sí mismo, por eso tiene que relacionarse con el entorno. El individuo puede existir únicamente en un campo ambiental. La naturaleza de la relación entre él y su ambiente determina su *conducta*. Si la relación es mutuamente satisfactoria el comportamiento del individuo es lo que

llamamos normal. Si la relación es conflictual el comportamiento esta descrito como anormal. El ambiente no crea al individuo, como tampoco el individuo crea al ambiente. Con este nuevo enfoque el ambiente y el organismo están en una relación de reciprocidad. El estudio del modo como el ser humano funciona en su ambiente es el estudio de aquello que ocurre en el límite de contacto entre el individuo y su ambiente. Es en este límite de contacto donde ocurren los eventos psicológicos. Pensamientos, acciones, conducta y emociones son el modo de vivenciar y enfrentar los acontecimientos del límite de contacto.

- **Necesidades:** en cuanto a la satisfacción de las necesidades el individuo quiere apropiarse o ganarse objetos o personas en el ambiente que brinden gratificación, estos objetos tendrían así una **catexis positiva**, el individuo tratara de adquirirlos, para esto buscará el contacto con su ambiente (la perturbación del balance, en este caso, da lugar a la *impaciencia*). Por otra parte el individuo tendrá una orientación completamente diferente hacia aquellos objetos o personas que tienen una **catexis negativa**. A estos los quisiera aniquilar o mover de su **campo**. Esto se aplica tanto a nuestra fantasía como al mundo real; tratamos de eliminar “malos” pensamientos y emociones indeseadas de nuestra “mentes” como si fueran enemigos reales. Podemos encarar la situación y al objeto con catexis negativa por medio de la aniquilación mágica o fugándose del campo del peligro; ambos son medios de retraerse (la perturbación del balance genera el *miedo*). El contacto y el retiro son modos de enfrentarnos a eventos psicológicos, son los modos que tenemos para tratar en el límite de contacto con objetos en el campo. En el campo organismo/ambiente, las catexis positivas y negativas (contacto y retiro) que son tratadas de alguna manera satisfactoria para el individuo permitirán que la gestalt se cierre; entonces, la necesidad con la cual está asociada desaparece del ambiente.
- **Emociones:** son el lenguaje mismo del organismo, ellas modifican la excitación básica de acuerdo a la situación en la cual nos encontramos.

La excitación se transforma en emociones específicas y éstas en acciones sensoriales y motoras. Las emociones son el medio de relacionarnos con el mundo, son la fuerza básica que energiza nuestra acción.

#### 2.2.3.2. El nacimiento de la neurosis

Todas las perturbaciones neuróticas surgen de la incapacidad del individuo por encontrar y mantener el balance adecuado entre él mismo y el resto del mundo. Su neurosis es una maniobra defensiva para protegerse a sí mismo de la amenaza de ser aplastado por un mundo avasallador. La neurosis es su técnica para mantener su balance y su sentido de autorregulación. Es un estancamiento en el proceso de crecimiento o maduración del individuo (Perls, 2003). El neurótico en lugar de interactuar con el entorno y asimilarlo desarrolla mecanismos especiales para protegerse de los conflictos a los cuales tiene que enfrentarse, de esa manera pierde la energía que debería dedicar a su crecimiento. (Prada, 1998)

En las neurosis los disturbios del límite (entre el self y el ambiente, entre lo propio y lo otro) operan primordialmente a través de cuatro organismos:

- **Introyección** que consiste en incorporar, sin haber asimilado, dentro de nosotros mismos, patrones, actitudes, modos de actuar y pensar que no son verdaderamente nuestros, se corre el límite entre el "nosotros" y el "ambiente" hacia adentro, que casi no queda nada de nosotros.
- **Proyección** es la tendencia de hacer responsable al ambiente de lo que se origina en sí mismo (self), se traslada el límite entre "nosotros" y "el ambiente" a nuestro favor, por lo que es posible desposeer a aquellos aspectos de nuestra personalidad que nos resultan difíciles, ofensivos o poco atractivos.
- **Confluencia** se da cuando el individuo no siente ningún límite entre el mismo y el ambiente que le rodea, cuando siente que es uno con él, por lo tanto no puede hacer un buen contacto con el ambiente,

tampoco puede retirarse de él. No se da cuenta de qué es lo que quiere hacer ni cómo se lo está impidiendo. Ha perdido completamente el sentido del límite.

- **Retroflexión** el individuo traza un límite en medio de sí mismo, se trata a sí mismo como originalmente quería tratar a otras personas u objetos, reorienta su actividad hacia adentro y se sustituye a sí mismo por el ambiente (Perls, 2003)

### 2.2.3.3. Metas y reglas de la Terapia Gestáltica

La terapia gestáltica, está basada en principios considerados como una sólida forma de vida. Es decir primero es una filosofía, una forma de ser, la terapia gestáltica es la aplicación práctica de la filosofía gestáltica. La filosofía básica es la de la diferenciación e integración de la naturaleza. Diferenciación supone la capacidad de darse cuenta, desarrollo de la consciencia, percepción ancha del mundo. Integración supone capacidad de autorregulación y de expresión. En los talleres gestálticos se dedica un gran tiempo para crear un espacio para conciencia y a que cada ser asuma la responsabilidad de sus acciones y sentimientos, se basa en alentar a la persona a ser lo que realmente es, a escuchar su propio proceso natural. "El proceso del darse cuenta, el principio de lo obvio (percibir, en vez de interpretar), la comprensión de la necesidad, las urgencias humanas y su correspondiente satisfacción como un proceso de formación y eliminación de Gestalten, y la afirmación de que toda terapia puede llevarse a cabo sólo en el ahora, fueron sus ideas más queridas y a las cuales se ciñó rigurosamente en su liberal, flexible, intuitivo e impresionante estilo de trabajo" (Varas 2002)

Según Rivera y Varas las metas básicas de la terapia consisten en:

- Tener mayor consciencia de sí mismo, de su cuerpo, pensamientos, sentimientos, actitudes y de su ambiente.
- Asumir la propia experiencia, en lugar de proyectarla sobre los demás. La experiencia es el corazón del proceso terapéutico, pues antes de ser una terapia verbal o interpretativa es una terapia vivencial.

- Tener consciencia de sus necesidades y desarrollar destrezas que le permitan satisfacerlas sin atentar contra las de otros.
- Avanzar hacia un contacto más pleno con sus sensaciones.
- Avanzar hacia la experiencia de su poder y de la capacidad de sostenerse por sí misma (autoapoyo).
- Sensibilizarse frente al entorno, pero protegerse ante situaciones destructivas.
- Asumir responsabilidad de sus acciones y sus consecuencias
- Sentirse cómodo en contacto con la vida de su fantasía y su expresión de ella.

Como se señala en el libro de Rafael Prada, "Escuelas psicológicas", Levitsky y Perls (1972) reunieron las reglas de la terapia gestáltica de la siguiente forma:

- *El principio del ahora*: el individuo debe usar siempre el presente. Señala Perls: "Para mí solo el ahora existe. Ahora: experiencia = conciencia = realidad. El pasado ya no está y el futuro no ha llegado todavía, únicamente el ahora existe"
- *Utilización del "yo - tú"*: los mensajes deben ser enviados directamente, sin referencias impersonales, sin ambigüedades.
- *Utilización del Yo*: emplear lenguaje personal, de esta forma la persona se autorresponsabiliza (se hace cargo de sí misma).
- *Sustitución de nombres por verbos y uso de imperativos*: con el fin de que la persona sea más asertiva.
- *Utilización continua del "darse cuenta"*: utilizar el "cómo" y el "qué", en lugar del "por qué".
- *No criticar*: no hablar de personas que no están presentes.
- *Reformular*: convertir las preguntas en afirmaciones.

## 2.3 Conclusiones

¿Cómo consideramos a los otros? ¿Vemos a cada persona como digna y meritoria por su propio derecho? ¿Respetamos su capacidad y su derecho a la autodirección, o creemos básicamente que nosotros guiaríamos mejor su vida? ¿Deseamos que el individuo seleccione y elija sus propios valores, o tenemos la convicción de que sería más feliz si nos permitiera seleccionar sus valores, normas y metas por él?

Luego de revisar los fundamentos de la psicología humanista podemos comprender al hombre como un ser que se trasciende a sí mismo únicamente por la vía de su verdadera naturaleza. La espontaneidad y la deliberación están en la naturaleza del hombre.

Cada vez que el ser humano tiene el ambiente y oportunidad para ser humano, lo es. Como dice Rogers, el asunto no es darle poder a la persona para que sea persona; simplemente, no hay que quitárselo. Las personas somos personas por naturaleza, no es la educación, ni la sociedad, ni la historia, ni el futuro lo que nos hace así. Es nuestro irrevocable modo de existir, nuestro sí mismo, nuestro organismo.

Este nuevo enfoque busca finalmente que la vida tenga sentido y que la convivencia sea sana.

## **CAPITULO III**

### **TERAPIA DE GRUPO**

#### **Introducción**

La terapia grupal es una herramienta muy útil para el tratamiento psicológico. Los grupos con fines terapéuticos tienen un origen muy antiguo. Líderes de tribus y religiones se servían del entrenamiento social para promover curaciones y cambios de conducta mucho antes de que existieran los profesionales de la salud mental.

La utilización de grupos en forma planificada para el tratamiento de problemas de personalidad, comenzó en los Estados Unidos en la década de 1930 con los trabajos de Louis Wender, Paul Schilder, Jacob Moreno, Samuel Slavson, Fritz Redl y Alexander Wolf (Kaplan y Sadock, 1996).

Con la segunda guerra mundial la terapia de grupo cobró un llamativo impulso y una creciente popularidad. Debido a la abundancia de casos psiquiátricos, los pocos psiquiatras existentes se vieron obligados a utilizar métodos de grupo por necesidad. Los hospitales militares americanos y británicos se convirtieron en semillero de expertos en terapia grupal. (Kaplan y Sadock, 1996)

#### **3.1. Definición**

La terapia grupal puede definirse como una forma de tratamiento en que las personas son colocadas dentro de un grupo, guiadas por un terapeuta para lograr cambios a través de la interacción social. El grupo representa una réplica más exacta de la sociedad que la relación diádica; por ello, ofrece mayores oportunidades de aprendizaje correctivo y de enseñanza (Kaplan y Sadock, 1996).



El grupo ofrece muchas posibilidades de recibir feedback y la oportunidad de su puesta en práctica inmediata. Los miembros del grupo y el propio terapeuta pueden observar la conducta del paciente de forma directa. Los pacientes con suficiente motivación, pero sin mucha consciencia psicológica encuentran en el grupo la oportunidad de aprender y gradualmente modelarse a sí mismos a través de otros miembros sensibles, más expresivos y orientados hacia lo psicológico (Kaplan y Sadock, 1996).

### 3.2. Factores terapéuticos en la terapia de grupo

La terapia grupal permite el desarrollo de factores terapéuticos como los que se explican en la siguiente tabla:

FACTOR	DEFINICIÓN
<b>Abreacción</b>	Proceso por el que el material reprimido vuelve a la conciencia. La persona no solo recuerda sino que revive el material que se acompaña de la respuesta emocional adecuada
<b>Aceptación</b>	Sentimiento de ser aprobado por otros miembros del grupo, con tolerancia hacia opiniones diferentes y ausencia de censura
<b>Altruismo</b>	Acción de un miembro que sirve de ayuda a otro; anteponer la necesidad de otro a la propia y aprender que es valioso dar a los demás
<b>Catarsis</b>	Expresión de ideas, pensamientos y material suprimido que se acompaña de una respuesta emocional generadora de alivio en el paciente
<b>Cohesión</b>	Sentimiento de que el grupo está trabajando unido hacia un objetivo común
<b>Validación consensual</b>	Confirmación de la realidad comparando las propias conceptualizaciones con las de los otros miembros, para corregir distorsiones interpersonales
<b>Contagio</b>	Proceso por el que la expresión de una emoción por un miembro del grupo estimula la conciencia de una emoción similar en otro miembro.
<b>Experiencia familiar correctora</b>	El grupo recrea para algunos miembros la familia de origen, lo que permite elaborar conflictos originales a través de las interacciones
<b>Empatía</b>	Capacidad de los miembros del grupo para ponerse en el lugar psicológico de los demás, comprendiendo así sus sentimientos, pensamientos y comportamiento
<b>Identificación</b>	Proceso por el que la persona incorpora las cualidades y características de otra persona en su propio sistema yoico
<b>Imitación</b>	Emulación consciente de la conducta de otro tomado como modelo
<b>Insight</b>	Comprensión consciente de la propia psicodinámica y de los

	síntomas de conducta mal adaptada. Se distinguen dos tipos insight intelectual (conocimiento y consciencia sin cambios en la conducta), insight emocional (toma de consciencia y comprensión que inducen cambios positivos de la personalidad y la conducta)
<b>Inspiración</b>	Proceso por el que se introduce una sensación de optimismo a los miembros del grupo; también se habla de instilación de esperanza.
<b>Interpretación</b>	Proceso por el que el terapeuta formula el significado de las resistencias, las defensas, y los símbolos de los pacientes; el resultado es que el paciente obtiene un entramado cognitivo para comprender su conducta
<b>Interacción</b>	Intercambio libre y abierto de ideas y sentimientos entre los miembros del grupo
<b>Aprendizaje</b>	Adquisición de conocimientos sobre nuevas áreas, como habilidades sociales
<b>Prueba de realidad</b>	Capacidad de la persona para evaluar objetivamente el mundo exterior al self; incluye la capacidad para percibirse acertadamente a sí mismo y a los demás miembros del grupo
<b>Transferencia</b>	Proyección de sentimientos, y deseo sobre el terapeuta, que ha pasado a representar objeto del pasado del paciente. También pueden dirigir estos sentimientos hacia otros miembros del grupo, lo que se denomina transferencia múltiple
<b>Ventilación</b>	Expresión de sentimientos, ideas o acontecimientos suprimidos; compartir secretos personales, lo que alivia del sentimiento de culpa o pecado
<b>Universalización</b>	Consciencia de que no es uno sólo quien tiene problemas; hay otros que comparten dificultades similares.
Tabla 3. 1 Factores terapéuticos de Benjamín J. Sadock	

Estos factores dan al grupo ciertas características particulares que facilitan:

- Relaciones interpersonales que proporcionan una oportunidad para descubrir modos nuevos y más satisfactorios de relacionarse con la gente. (Rogers, 1981)
- El grupo brinda una experiencia que capacita al individuo para acercarse a los otros, y descubrir de esa manera aquellos aspectos rechazados de sí mismo. (Rogers, 1981)
- En un grupo existen y se desarrollan múltiples posibilidades de identificación mutua y de reacciones simultáneas entre sus miembros (Kaplan y Sadock, 1996).
- Ofrece además la posibilidad de probar nuevas formas de conducta en el grupo y comparar las reacciones individuales con las de los otros miembros (Kaplan y Sadock, 1996).

- Los miembros del grupo aprenden a dar y recibir apoyo emocional y comprensión de una manera nueva y más madura (Kaplan y Sadock, 1996).

### **3.3. Estructura del grupo**

En la obra "Terapia de Grupo" de Kaplan y Sadock se indica que los beneficios que los pacientes derivados a terapia grupal pueden obtener de este tipo de tratamiento dependen en gran medida de una adecuada selección y preparación. Esto mitiga expectativas exageradas y disminuye la ansiedad anticipatoria del paciente, disminuye la tasa de inasistencia, aumenta la comprensión de los procesos grupales y se adquiere con más rapidez una conducta grupal favorecedora de la terapia. Se influye positivamente sobre los resultados de la terapia.

Para la formación de un grupo debe tomarse en cuenta los siguientes aspectos:

#### **3.3.1. Selección de pacientes**

Resulta más provechoso centrarse en la evaluación de la psicodinámica del paciente que en su diagnóstico. La primera alternativa ofrece al entrevistador una comprensión global de las experiencias vitales que han conformado la autoimagen de la persona. Es importante enfocar el tipo de relaciones interpersonales del paciente con su familia de origen, sus amistades y relaciones íntimas actuales. El perfil psicológico del paciente es sólo una de las muchas variables a considerar en el proceso global de selección. La disponibilidad de candidatos adecuados es un factor que incide en el proceso de selección. Se recomienda que la evaluación de los candidatos se realice en un mínimo de tres entrevistas antes de incorporarlos al grupo.

La primera entrevista se centra en los problemas del paciente y sus relaciones intrapersonales, en la segunda se da una información detallada

sobre las razones fundamentales de la terapia grupal, roles y normas, en la tercera se aclaran las dudas del paciente sobre el grupo y la información recibida, establece, además, los objetivos del tratamiento.

- **Criterios de inclusión:** el terapeuta debe explorar la motivación del paciente. Es probable que la terapia no sea beneficiosa en los casos en los que los pacientes van coaccionados, por el contrario, es más probable que se beneficien si acuden por una motivación personal. Se puede aceptar pacientes que van coaccionados, pero se debe trabajar el tema de la motivación antes de incorporarlos al grupo. Los pacientes deben estar predispuestos a la terapia de forma constante durante un periodo de su vida, por ello, el terapeuta debería conocer aspectos de realidad como lugar de residencia, turnos de trabajo, etc. Los candidatos deben ser capaces de soportar los efectos de una gran cantidad de relaciones e interacciones en el grupo, por ello los candidatos deben haber tenido relaciones satisfactorias con al menos una persona, especialmente durante su infancia. Un criterio importante para la selección es la capacidad del paciente para llevar a cabo la tarea del grupo y para dar y recibir feedback y ser empático. Los candidatos deben asumir que tienen un problema, comprometerse a cambiar en sus relaciones, desear que el grupo les influya, tener apertura hacia los demás y estar motivado para ayudar al resto del grupo. Las indicaciones para terapia grupal incluyen: baja autoestima, sentimientos depresivos, dificultades de comunicación, inhibición en situaciones sociales, miedo a la asertividad, agresión incontrolada. Igualmente puede contemplarse la inclusión de personas con enfermedades psicosomáticas, individuos excesivamente intelectualizadores, pacientes con intolerancia a la intimidad diádica y aquellos que provocan respuestas contra-transferenciales perjudiciales. Pacientes dependientes de su terapeuta individual pueden beneficiarse de las múltiples transferencias del grupo (Kaplan y Sadock, 1996).

- **Criterios de exclusión:** se excluyen a aquellas personas que no pueden tolerar la situación grupal, que son reticentes a la aceptación de normas grupales, que se encuentran en una situación de crisis aguda y con bajo nivel de tolerancia a la ansiedad y frustración. Pacientes que no muestran interés por los demás, incapaces de compartir, los que son demasiado auto-referenciales y paranoides. Organicidad y bajo nivel de inteligencia, generan dificultades en el pensamiento abstracto indispensable para los procesos grupales. Un dominio insuficiente de lenguaje puede conducir a problemas de comunicación. Los pacientes con enfermedades médicas graves pueden experimentar deterioro de su estado físico en condiciones de grupo. Los pacientes psicóticos pueden ser demasiado discutidores y amenazantes con otros miembros del grupo. No son apropiados los pacientes con ansiedad, psicosis, tendencia suicida o manía agudas. Algunas investigaciones indican que es recomendable aplicar terapia grupal a pacientes depresivos con tratamiento farmacológico complementario.
  
- **Composición:** los parámetros específicos de homogeneidad y heterogeneidad incluyen: la dinámica del paciente, diagnóstico, clase social, raza, religión, edad, sexo, orientación sexual y estado civil.
  - Los grupos homogéneos ofrecen ventajas cuando se pone el acento en la mejoría sintomática a corto plazo; están indicados para pacientes que acuden con quejas monosintomáticas; tienen tasas más altas de asistencia, son más cohesivos, y ofrecen apoyo más inmediato, son menos conflictivos, y generan un alivio sintomático más rápido.
  - Los grupos heterogéneos permite generar modelos de rol alternantes. Algunos autores recomiendan que el grupo sea heterogéneo en las áreas de conflicto de los pacientes y en su modo de enfrentar los problemas, y homogéneos en el grado de vulnerabilidad y capacidad de tolerar la ansiedad. A

mayor grado de polarización racial, orientación sexual, nivel cultural mayor dificultad se genera en el trabajo con el grupo. El balance de hombres y mujeres no es muy significativo siempre que se cuente con un mínimo de dos miembros del mismo sexo. Los límites de edad, en grupos de adultos, no tienen por qué ser rígidos, mientras el terapeuta excluya los extremos: problemas de adolescencia y de la tercera edad. Los diferentes grupos de edad tienden a encajar bien y propician un matiz de transferencias paterno-filiales.

La duración del grupo influye sobre su composición. Los pacientes seleccionados para un grupo a corto plazo deberían ser homogéneos en cuanto a su problema y su nivel de tolerancia al estrés.

### 3.3.2. Organización

Un grupo bien organizado acusa menores tasas de abandono y un mejor nivel de trabajo. Según el libro de "Terapia de grupo" de Kaplan y Sadock se debe considerar:

- **Entorno físico:** Las variables de establecimiento y mantenimiento de las condiciones físicas adecuadas son significativas para la terapia grupal. Una habitación tranquila, bien iluminada, con sillas cómodas, son indispensables. Para impedir interrupciones durante la terapia y permitir confidencialidad, el terapeuta debería restringir el acceso a la habitación.
- **Tiempo:** Se distinguen dos grupos, los de larga duración y los de corta duración. Los grupos a largo plazo orientados al insight no cuentan con un final prefijado y tienen una rotación lenta de pacientes. Los de corta duración generalmente son de orientación psicopedagógica, el terapeuta participa de manera muy activa, son grupos cerrados. Los grupos cerrados con miembros fijos suelen establecer una limitación temporal. Los grupos de pacientes ambulatorios generalmente se reúnen una

vez a la semana durante una o dos horas cada sesión, siendo la media 90 minutos.

- **Tamaño:** El tamaño de los grupos puede variar entre 4 y 15 personas, aunque la mayoría considera 8 el número ideal de pacientes. Carl Rogers sugiere 6 pacientes como número ideal. Teniendo en cuenta la tasa de abandonos, el terapeuta debería comenzar con un grupo ligeramente superior al ideal.
- **Registro:** Es necesario llevar un registro escrito de las asistencias y un resumen de cada sesión. El registro debería llevarse de tal manera que pueda detectarse fácilmente las desviaciones frecuentes de la norma, esto es, retraso y sesiones perdidas. Se recomienda realizar el registro justo después de cada sesión, cuando la memoria está fresca, incluyendo la fecha, el nombre de los presentes y ausentes y un resumen de las interacciones individuales y grupales significativas.
- **Honorarios:** La mayoría de terapeutas cobran una vez por mes. Los miembros deben estar avisados de cómo y cuándo se espera que paguen al terapeuta.

### 3.3.3. Encuadre Terapéutico

- **Tareas del terapeuta:** en las primeras sesiones se establecen las normas grupales, las intervenciones del terapeuta sobre este punto deben ser claras. Es importante una adecuada comunicación para establecer una alianza terapéutica estrecha, lo cual permite mayores progresos. Los terapeutas fomentan una atmósfera de aceptación incondicional y de reconocimiento de los problemas y recursos de los pacientes. Los participantes del grupo deben sentir que el terapeuta ha establecido y mantiene un entorno seguro. Además debe favorecer la adecuada expresión de sentimientos, necesidades y pensamientos. El terapeuta integra a los miembros más pasivos, mantiene la continuidad entre sesiones, fomenta la honestidad y la espontaneidad, trae al grupo los sentimientos inmediatos, la

aceptación del otro, la apertura, el deseo de comprensión y cambio, ofrece un ambiente para que el grupo se centre en el aquí y en el ahora, a través de la comunicación, catarsis, feedback, reflexión e implicaciones relacionales de la conducta de los miembros. Para lograr una mayor eficacia observa tanto el contenido como el proceso, los afectos y la comunicación no verbal. Ilumina puntos ciegos y centra al grupo en el tema, reconociendo los progresos reales y ofreciendo modelos apropiados.

- **Coterapia:** Funciona de manera similar a las terapias dirigidas por un solo profesional. Los coterapeutas deben observarse, evitar contradicciones y no convertirse en motivo de escisiones. Un equipo de coterapeutas de los dos sexos es ideal para traer a la superficie transferencias parentales o de pareja y ofrecer modelos. Deben respetarse mutuamente, aceptar sus diferencias y distintas ópticas, encontrar vías para trabajar sus discrepancias. Se recomienda comentar las incidencias luego de las sesiones con el fin de clarificar los temas y trabajar los desacuerdos.
- **Terapia paralela:** Existen beneficios al combinar terapia individual y grupal. La terapia grupal ofrece la oportunidad de incrementar el insight sobre las dificultades interpersonales, mientras que la individual permite la exploración y elaboración de los temas intrapsíquicos. La puede realizar el mismo terapeuta o dos diferentes. La terapia paralela está indicada cuando: 1) el paciente no aporta material suficiente en la terapia individual, 2) no puede resolver en terapia individual las cuestiones interpersonales, 3) el encuadre grupal sobrepasa los límites de la exploración e integración logrados en terapia individual y 4) la dinámica del paciente provoca sentimientos contratransferenciales particularmente difíciles. Alternar dos terapeutas distintos puede sobrepasar las capacidades yoicas del paciente. Un terapeuta puede ignorar lo que está haciendo el otro y como consecuencia perjudicarlo. Cuando se hace terapia



combinada se debe considerar al grupo la terapia prioritaria, mientras que la individual sería complementaria.

### **3.4. Terapia de grupo con enfoque humanista**

El abordaje humanista intenta llegar a las raíces básicas de la personalidad humana. Esta orientación contrasta con otros tipos de terapia dirigidas a reducir o suprimir los síntomas neuróticos. Mejorar los síntomas y aliviar la ansiedad son objetivos deseables pero no limitados. El psicoterapeuta de grupo sirve con su autenticidad de modelo para que el paciente cambie hacia un modo de relación más genuina con el mundo, dejando atrás la autodestructividad y las relaciones de dependencia. El terapeuta aborda, aquí y ahora, el conflicto del paciente de forma pragmática, ya sea con rodeos o de forma directa. El grupo ofrece una experiencia emocional correctora (Kaplan y Sadock 1996).

El movimiento de los grupos de "encuentro", entre los que figuran los maratones, los grupos T, los grupos de sensibilización, las técnicas de Gestalt, etc., persiguen intensificar las experiencias emocionales mediante técnicas que presentan ciertas características comunes: suponen que la adaptación de la personalidad y del cambio de la conducta dependen del contacto emocional mutuo entre el terapeuta y el paciente en el "aquí y ahora"; proponen que el cambio tiene lugar antes que el insight y que la cognición interfiere en el proceso terapéutico (Guimón, 2003).

#### **3.4.1. Relación terapéutica**

Carl Rogers define a la terapia como una "relación terapéutica". Esta relación es altamente estructurada, y concreta y fundada en el empleo de unas técnicas terapéuticas concretas y es al mismo tiempo permisiva. Las características de esta relación son:

<b>A</b>	Es una relación emocional entre cliente y terapeuta (calor, aceptación, acogida). Ha de ser profunda pero con límites (identificación controlada).
<b>B</b>	Es una relación permisiva en lo que respecta a la expresión de sentimientos. Esto requiere aceptación, comprensión y no evaluación o crítica del terapeuta.
<b>C</b>	Es una relación estructurada y con límites, entendiendo que los límites caracterizan a la vida en cuánto totalidad y por ende se ponen límites especialmente en lo que se refiere a conductas destructivas.
<b>D</b>	Es una relación libre de todo tipo de presión o coacción. El terapeuta no ha de interferir en la expresión de sentimientos ni en la toma de decisiones.

Tabla 3. 2 Relación terapéutica, Rogers (1981)

### 3.4.2. Cualidades y tareas del terapeuta

Señala Rogers: "La terapia es una relación que reta al terapeuta a ser tan sensible como sea capaz. Sabiendo que esta autenticidad transparente, junto con el amor y la comprensión empática, son lo que puede ayudar a su cliente. En la medida en que puede ser una persona en este momento, podrá él relacionarse con la persona, y con la persona potencia de su cliente. Esta creo que es la esencia creativa y promotora de crecimiento en psicoterapia". (Rivera y Varas, 1990)

Las cualidades de un terapeuta centrado en el cliente son:

- **Congruencia:** El terapeuta debe ser congruente, esto es, mostrarse tal cual es sin intentar presentar máscaras o aspectos falsos de su personalidad. Significa que lo que diga o actúe el terapeuta debe estar de acuerdo con lo que piensa o sienta. Contiene además cualidades como la sinceridad, transparencia y autenticidad personal. (Prada, 1998)
- **Comprensión empática del terapeuta por su cliente:** significa "ponerse en la posición de", "mirar con los ojos de". La empatía es un sentir los componentes cognitivos, preceptuales y afectivos del campo experiencial del cliente, tal como existen en él. (Prada, 1998)

- Aceptación incondicional del terapeuta por su cliente: el terapeuta lo acepta sin ponerle condiciones. Aceptar todos los sentimientos del cliente, tanto positivos como los negativos y ambivalentes. El terapeuta no ha de emitir juicios ni evaluaciones de las experiencias del cliente. (Prada, 1998)

Las tareas del terapeuta, según lo plantea Rogers en su obra "Grupos de encuentro", consisten básicamente en:

- Crear una relación: esta relación debe ser estructurada y con carácter emocional. No se dan juicios morales; no se experimenta ningún tipo de presión para determinadas acciones. La acogida del terapeuta son experimentadas más que verbalizadas.
- Facilitar la catarsis: ha de reconocer verbalmente no el contenido intelectual de las expresiones del cliente, sino el sentimiento transmitido por las mismas. Sin utilizar críticas ni alabanzas.
- No interferir: el terapeuta se abstiene y no interfiere en el curso del insight espontáneo. El terapeuta ha de evitar usar técnicas directivas que promuevan que el cliente utilice sus defensas.
- Función de creación del clima: se relaciona con el deseo de crear un clima que dé al individuo seguridad psicológica. "Quiero que, desde el primer instante, sienta que si se atreve a expresar algo muy personal, o absurdo, u hostil, o cínico, al menos habrá en el grupo una persona que lo respete lo suficiente como para escuchar con atención lo que dice, considerando que se trata de una expresión auténtica de sí mismo", la intención es que el individuo sienta que, le pase a él lo que le pase, y cualquiera que sea la índole de lo que ocurra dentro de él, psicológicamente el terapeuta estará a su lado.
- Aceptación del grupo: el hecho de aceptar al grupo tal y como es resulta muy fructífero. "Si un grupo desea intelectualizar, o discutir problemas muy superficiales, o es muy cerrado desde el punto de vista emocional, o teme mucho la comunicación personal, estas tendencias rara vez me molestan tanto como a otros coordinadores... Sé por experiencia que si intento presionar

a un grupo para que alcance un nivel que no tiene, ello no dará buenos resultados a la postre... he comprobado que lo mejor es vivir el grupo exactamente en el estado en que se encuentra”.

### **3.4.3. Técnicas humanistas**

La teoría rogeriana ha tenido gran éxito en la aplicación a grupos, sigue la misma línea de la terapia individual. Considera que el grupo tiene en sí una potencialidad para autodirigirse, para autocrecer, para autoterapeutizarse. El papel del terapeuta es muy similar al que asume en la terapia individual, esto es, esclarecer sentimientos, responder como “espejo cálido”, técnica en la cual el terapeuta se limita a reflejar lo que el cliente le está expresando, a fin de que el cliente, viéndose en el otro (el terapeuta), obtenga un “insight”, una idea fiel de sí mismo, además el terapeuta se encarga de seguir el ritmo del grupo y acompañar el crecimiento de todos. Las técnicas de la terapia rogeriana son modos de expresar y comunicar aceptación incondicionada, respeto y comprensión; por eso la principal técnica terapéutica es la misma relación terapéutica (Prada 1998).

Precisamente estas condiciones son las que dan lugar a que se desarrolle el proceso terapéutico como se explica en la tabla 2.3 del capítulo 2.

Parafraseando a Claudio Naranjo (1991) la psicoterapia centrada en el cliente no está conformada básicamente por técnicas sino, esencialmente, por actitudes del terapeuta, las mismas que pueden ser instrumentalizadas de diversa manera. Si hay respeto sincero y absoluto, procurará más bien que sea el cliente quien dirija el proceso. En este caso las intervenciones del terapeuta se plantearán como posibilidades, casi como ecos del material expuesto, y no como juicios de valor, afirmaciones o interpretaciones. La imagen del eco puede servir para comprender el fenómeno: un eco es una reproducción amplificada y modulada (que implica una adecuada percepción y una buena dosis de empatía frente a lo reproducido), algo que suena igual y diferente al mismo tiempo, y que permite al emisor una recaptación novedosa y más completa del mensaje emitido (ahora es a la

vez emisor y receptor de sí mismo, y ya no sólo emisor). Además, el eco supone un "algo" en comunidad con nosotros, otra persona que nos escucha y reproduce y/o reformula nuestros mensajes en un ambiente de aceptación.

### **3.5. Terapia de grupo con abordaje gestáltico**

La terapia Gestalt es una terapia experiencial-existencial que resalta el aquí y ahora de la existencia, las relaciones y el aprendizaje. Una de las mayores contribuciones de la terapia de grupo Gestalt es la incorporación de los aspectos creativos, de consciencia corporal y la importancia que se da al aprendizaje experiencial más que al insight. Aunque se inició como una teoría y un método de terapia individual, la terapia Gestalt tiene una orientación basada en lo interpersonal y en la teoría de los sistemas. Hacia los años 70 algunos terapeutas de Gestalt habían empezado a integrar los procesos grupales con las técnicas individuales, con lo que surgió una nueva modalidad, el grupo interactivo. En este modelo los participantes interactuaban entre sí y con el terapeuta, la atención se enfocaba hacia el aprendizaje interpersonal mediante la experimentación de nuevas conductas. (Kaplan y Sadock, 1996)

El Cleveland Gestalt Institute subraya cuatro principios básicos en la terapia de grupo Gestalt:

- (1) la experiencia del aquí y ahora
- (2) la consciencia grupal
- (3) el contacto activo entre los miembros
- (4) el empleo de experimentos programados.

#### **3.5.1. Estructura y dinámica**

Perls tomó el nombre de Gestalt para su abordaje terapéutico a partir de los principios organizativos descritos por los psicólogos Gestalt de principios del siglo XX. Las Gestalts, patrones integrados, se forman a partir de la tendencia biológica inherente al organismo humano a organizar los

acontecimientos o las sensaciones en entidades significativas. La formación de Gestalt es un proceso continuo. Las necesidades dominantes acceden a la conciencia y se organizan, actúan y satisfacen; luego se desvanecen sobre el fondo permitiendo que asomen a la superficie nuevas necesidades. De manera que la formación gestalt es dinámica y continua, y las motivaciones proceden de la necesidad de completar la gestalt emergente. El contacto espontáneo e inconsciente del organismo con el medio crea gradualmente el sistema del self, la estructura de soporte interno basado en la experiencia. Dicho sistema proporciona consciencia de sí mismo y del entorno (Kaplan y Sadock, 1996).

“La Gestalt consiste en un todo, algo completo, en sí mismo, un entero que está. La Gestalt quiere ser completada, sino se completa, quedamos con asuntos inconclusos y estas situaciones inconclusas presionan y presionan y quieren ser completadas.” (Perls, 2003)

### **3.5.2. Grupos de terapia Gestalt**

Los grupos de terapia Gestalt suelen incluir de 8 a 10 miembros y 1 o 2 líderes; se reúnen durante una hora u hora y media, una o dos veces por semana, suelen ser abiertos y de duración ilimitada, heterogéneos en su composición. Antes de incluirse en un grupo, hay una orientación individual previa. Estos grupos son eficaces para personas inhibidas o muy intelectuales, que están desconectadas de sí mismas. (Kaplan y Sadock, 1996)

El terapeuta de un grupo Gestalt establece las normas de comportamiento dentro del grupo mediante modelos, explicaciones y sutiles confrontaciones. Las normas son valores inconfundiblemente gestálticos y proporcionan su peculiaridad a este tipo de terapia de grupo (ver Pautas terapéuticas y técnicas Gestálticas, cap. IV).

Se estimula la interacción, pero el terapeuta espera que haya interrupciones en el proceso de intercambio. Pueden apreciarse bloqueos en el interior de una persona, de forma que no haya consciencia ni expresión, o bien puede haber falta de contacto entre individuos. Cómo y dónde interviene el

terapeuta depende de la fase de desarrollo del grupo y de los temas grupales que hayan surgido. El terapeuta conforma el grupo como sistema social terapéutico mediante actividades que contribuyen a establecer los límites o fronteras (Kaplan y Sadock, 1996).

La posición del terapeuta gestáltico consiste en prestar atención a la totalidad de la persona, tanto a su conducta corporal como a las palabras e imaginarios. El centro de atención se dirige a la consciencia de sí mismos de los miembros del grupo, el qué y cómo de su existencia actual, el tipo de contacto que establecen y sus patrones adaptativos. La estructuración inducida por el terapeuta se denomina en terapia Gestalt experimento, que es una intervención sistémica planificada que surge a partir de la experiencia del aquí y ahora; tiene un desarrollo creativo y un armazón teórico. Un experimento que funcione bien aumenta la consciencia de sí mismo, la propia expresividad e intensifica el contacto. (Kaplan y Sadock, 1996)

### **3.5.3. Técnicas de la terapia gestáltica**

Las técnicas de la terapia gestáltica son muchas y cubren un amplio espectro de conductas. Estas están enraizadas en ciertas actitudes que son manifestaciones de una actitud básica que puede ser entendida desde los tres siguientes aspectos que equivalen a la capacidad de vivenciar o experimentar (tener contacto con nuestras experiencias) (Naranjo, 2000):

- 1) **Despertar la consciencia, darse cuenta:** es la evidencia del percatarse de que, en cierto nivel, nosotros sabemos qué estamos haciendo y vivenciando, a pesar de lo mucho que nos engañamos fingiendo que no lo hacemos. Todas las personas se viven a sí mismas en tres áreas o zonas de consciencia (zonas del darse cuenta):
  - a. El darse cuenta del mundo exterior. Esto es, contacto sensorial actual con objetos y eventos en el presente,

- b. El darse cuenta del mundo interior. Esto es, contacto sensorial actual con eventos internos en el presente. Es todo lo que ocurre dentro del cuerpo: self, sensaciones, dolor, necesidades.
- c. El darse cuenta de la fantasía, esto incluye toda la actividad mental que abarca más allá de lo que transcurre en el presente: pensamiento, función de control, recuerdos, fantasías, imágenes, sueños, deseos, planificar, juicios. (Stevens, 2005)

- 2) **El sentido de la actualidad:** es decir, la comprensión del hecho de que estamos viviendo aquí y ahora y que somos uno con nuestras acciones concretas.
- 3) **La responsabilidad:** el hecho de asumir las emociones, pensamientos y acciones, es decir, hacerse cargo.

De forma general, según Naranjo la terapia se basa en los siguientes tipos de técnicas:

- **El centrarse en el presente como técnica:** Existen dos formas de centrarse en el presente. Una, la clara petición al paciente en el sentido que atienda a aquello que entra en su campo presente de la atención y lo exprese (auto-observación). La otra forma es la presentificación del pasado o el futuro. Se puede revivir el pasado a través de un psicodrama, por ejemplo.
- **Técnicas supresivas:** Ciertas actividades distintas a las de atender y expresar llevan a no percatarse o a *evitar* el presente. Si no estamos en el aquí y en el ahora no podemos vivenciar o experimentar. Cuando el paciente escoge no expresar su experiencia en curso, sino más bien hablar acerca de sí mismo o de los demás da lugar a lo que Perls denomina el "acercadeísmo". Otra forma de no vivenciar es el uso de los "deberismos" que consiste en decirnos a nosotros mismos, o a otros, lo



que debería ser. La técnica supresiva consiste en utilizar la regla del no-acercadeísmo que involucra la no explicación o búsqueda de otra verdad que no sea la evidencia, el no diagnóstico de la personalidad o rehuir información conducente a interpretaciones. También se utiliza la regla del no-debeísmo que involucra no evaluar, detener auto-elogios y auto-acusaciones y evitar los "debería". Uno de los objetivos de la terapia gestáltica es ser capaz de vivir de tal manera en el presente, que ningún estándar del pasado oscurezca la toma de conciencia, ser lo que somos, que ningún sentido de "debería" nuble nuestra identidad.

- **Técnicas expresivas:** Consiste en que el paciente logre expresar lo que hasta el momento estaba inexpresado, al hacerlo no sólo lo revela al otro, sino que lo revela a sí mismo. De esta forma incrementa su autoconocimiento; esta capacidad de expresarse, como la conciencia, es parte de la persona plenamente desarrollada. Al expresar se traduce los sentimientos y la comprensión de uno en acciones, formas, palabras. Para lograr esto podemos utilizar las siguientes técnicas:
  - Maximización de la expresión
  - Repetición simple
  - Exageración y el desarrollo
  - Explicación o traducción
  - Identificación y actuación
  - La inversión
  - No minimizar. Ser directo
  
- **Técnicas de integración:** Esta técnica consiste en traer a la consciencia lo que estaba dissociado, o traer al dominio de la acción algo que la persona llevaba en su mente como un pensamiento, imagen o sentimiento dissociado. Incorporar en nosotros mismos lo que hemos desheredado, reconociendo como parte de nuestra experiencia aquello que hemos estado colocando fuera de nosotros mismos. Se puede estimular la integración por medio de las siguientes enseñanzas 1) encuentro intrapersonal 2) asimilación de proyecciones. A través de las siguientes técnicas:

- Contacto con los sub-sí mismos por medio de representaciones de personajes: silla vacía - juego de roles.
- Identificación con la proyección por medio de la actuación de su parte.

### **3.6. Acercamiento de Terapia grupal en los trastornos depresivos**

Durante la última década, la depresión se ha convertido en una patología del ámbito de la Salud Mental que ha ido en aumento tanto en Ecuador como en el mundo entero.

Con este precedente la terapia grupal, para este tipo de pacientes, es cada vez más utilizada y tiene amplia acogida. En el grupo se busca alcanzar objetivos como: el alivio de los síntomas, apoyo emocional, educación sobre el trastorno, insight, rehabilitación de los efectos nocivos de los trastornos (desestigmatización).

Los grupos tradicionales de psicoterapia están formados por personas con una variedad de problemas. Sin embargo, en el tratamiento del trastorno depresivo se ha encontrado que los grupos homogéneos resultan ser mucho más efectivos. Los pacientes con trastorno depresivo en terapia de grupo tienen menos recaídas y mejoran su productividad en su vida social y laboral. Los aspectos compartidos del problema parecen ser muy importantes para la experiencia terapéutica. Las personas con trastorno depresivo que están en grupos reportan que la ayuda que reciben para comprender su problemática es muy valiosa y que la guía que reciben de los miembros del grupo se percibe como de gran ayuda. ([www.bipolarweb.com](http://www.bipolarweb.com))

Ciertas dinámicas de grupo son particularmente beneficiosas para pacientes que sufren trastornos depresivos. Las dinámicas incluyen el desarrollo de los factores terapéuticos como los descritos en la tabla 3.1

En la obra "Terapia de grupo" de Kaplan y Sadok se indica que "la terapia en grupo está especialmente indicada para el tratamiento de los trastornos

del humor, con algunas excepciones. La terapia de grupo está contraindicada en los pacientes con trastornos maníacos... con tendencia homicida, con trastornos psicóticos.... en estos casos el terapeuta ha de sacarlo del grupo para tratarlo en sesiones individuales. Los pacientes con ideación suicida (no activa) pueden beneficiarse de la terapia de grupo y su proceso”.

Como la mayoría de los pacientes con trastornos depresivos están bajo tratamiento farmacológico, siempre aparece el tema de los fármacos en el curso de la terapia de grupo; los miembros del grupo deben comentar sus sentimientos hacia lo que significa estar medicado, la dosis, los efectos terapéuticos y colaterales. Este tipo de discusión, distiende el ambiente y permite que los pacientes saquen provecho y confíen en su medicación. El uso simultáneo de la terapia grupal y la medicación es de alta aceptación para los pacientes deprimidos (Kaplan y Sadock, 1996)

La psicoterapia puede ser muy efectiva en un grupo. El terapeuta guiará al grupo hacia el camino del aprendizaje para ayudar a resolver problemas. En el caso de la terapia humanista y gestáltica el objetivo fundamental es brindar el espacio adecuado para que el individuo desarrolle sus potencialidades, comprenda y acepte su situación para poder enfrentarla de una manera asertiva.

### **3.7. Conclusiones**

La terapia psicológica grupal resulta de gran beneficio, brinda la oportunidad de reconocer, por medio de la interacción, aspectos personales, adquirir herramientas y ponerlas en práctica. El compartir experiencias entre varios participantes enriquece y da mayor oportunidad para el abordaje terapéutico. Al expresar e interrelacionarse con otros seres humanos el individuo experimenta distintas facetas de sí mismo lo cual constituye el camino para el autodescubrimiento.

Diversos autores han desarrollado técnicas específicas para procesos terapéuticos de tipo grupal, especialmente desde el abordaje de tipo humanista-gestalt encontramos grandes herramientas y modelos de intervención que permiten al individuo hacer de la enfermedad un camino al crecimiento.

La psicoterapia grupal para pacientes depresivos con un enfoque humanista gestáltico permite una perspectiva particular, optimista y positiva, de comprender al ser humano. Desprendiéndose de ésta una serie de técnicas aplicables a cada situación o persona.

## **CAPÍTULO IV**

### **DISEÑO DEL DISPOSITIVO GRUPAL**

#### **Introducción**

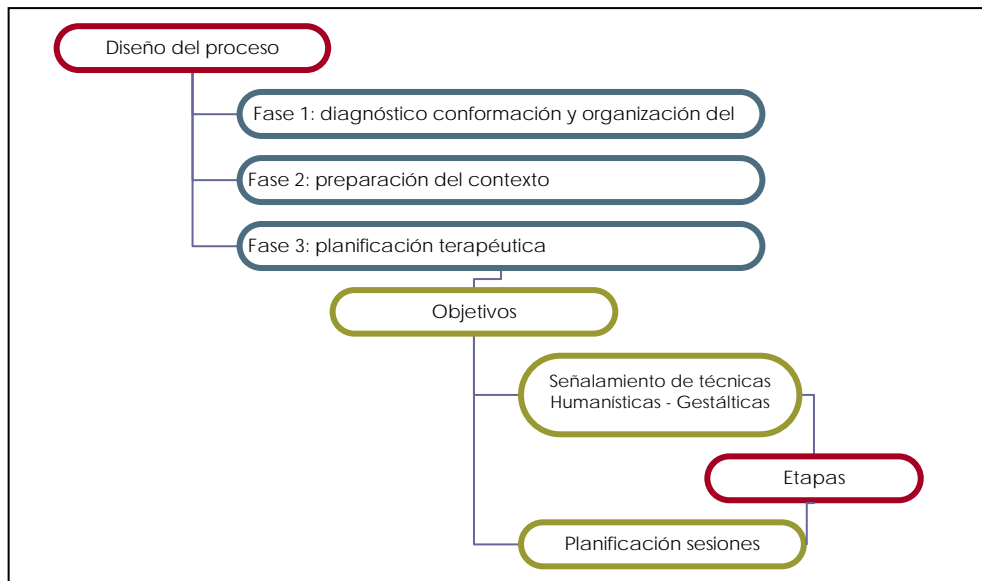
En este capítulo se presenta el diseño que se elaborara junto con la planificación terapéutica que será aplicará a un grupo de pacientes con trastorno depresivo que asisten a consulta externa en el Centro de Reposo y Adicciones.

La terapia se basa en los principios humanistas, especialmente en la relación terapéutica, tal como lo describe Carl Rogers, y en las técnicas y pautas gestálticas utilizadas por Perls.

La filosofía de estas dos corrientes se ha referido en los capítulos anteriores; basados en estos sustentos y seleccionando las técnicas en relación a los objetivos de la terapia grupal se elaborará la planificación del proceso a aplicarse.

#### **4.1. Diseño del proceso de terapia grupal**

Para la elaboración del diseño de terapia grupal se seguirán las siguientes fases:



**Gráfico 4. 1** Mapa del dispositivo terapéutico  
Autoría propia

#### 4.4.1. Fase 1: diagnóstico, conformación y organización del grupo

Para reducir las tasas de abandono, es necesario seleccionar adecuadamente a los candidatos.

**a) Diagnóstico:** el proceso de diagnóstico sirve a muchos propósitos, el más importante es proporcionar al clínico un conocimiento detallado de la vida del paciente. Este será la herramienta básica para determinar si el paciente padece o no un trastorno depresivo, decidir si el paciente está indicado para el tratamiento de tipo grupal, el grado de motivación del paciente, fortalezas y puntos débiles de su personalidad. Los pacientes que intervendrán en el proceso grupal se han determinado a partir del eje clínico según el diagnóstico multiaxial obtenido en su historial clínico, además del diagnóstico psicodinámico elaborado a través de la terapia individual en consulta externa. Previo a la intervención terapéutica grupal se aplicará el cuestionario de depresión de Beck para determinar los niveles de depresión en los pacientes.

**b) Composición:** el grupo será homogéneo en cuanto al diagnóstico del Eje I y a la dinámica del paciente. Heterogéneo en cuanto a

edad sexo, orientación sexual, estado civil, clase social y nivel académico. Para evaluar estos aspectos se llevarán a cabo varias entrevistas. Todos los pacientes acuden a consulta individual lo que facilita el conocimiento de su funcionamiento general.

**c) Criterios de inclusión:** se explora las motivaciones del paciente tomando en cuenta su disposición y su capacidad para llevar a cabo la tarea de grupo; es decir para dar y recibir retroalimentación y ser empáticos. Se tomarán en cuenta los siguientes criterios:

**Diagnóstico:** pacientes con trastorno depresivo (episodio mayor, leve, distímico, ciclotímico). Según clasificación del DSM-IV-TR

**Área:** Consulta externa (psicológica y/o psiquiátrica)

**Edad:** pacientes de 22 a 55 años

**Sexo:** hombres y mujeres

**Nivel de instrucción:** primaria completa

**Prescripción farmacológica:** pacientes con o sin prescripción farmacológica.

**d) Criterios de exclusión:** Se tomarán en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

**Diagnóstico:** pacientes con síntomas psicóticos, con trastorno de personalidad antisocial, paranoide y límite. Pacientes en crisis aguda.

**Estado físico:** Pacientes con estado de conciencia alterado. Bajo efecto de sustancias o con enfermedades físicas graves.

**Motivación:** Pacientes coaccionados o con franca actitud negativista.

A continuación se especifican los aspectos que se tomarán en cuenta en la organización del grupo.

- **Tipo de grupo** Homogéneo en cuanto al diagnóstico (Eje I). Cerrado, con miembros fijos.

- **Inclusión de nuevos miembros** Se admitirán inclusiones de miembros nuevos, sólo hasta la tercera sesión.
- **Tiempo** Al ser un grupo cerrado con miembros fijos tendrá una limitación de tiempo que será de 12 semanas, una sesión por semana. Cada sesión durará aproximadamente 90 minutos. Se realizarán los días martes de 18:00 a 17:30.
- **Tamaño** El grupo se conformará de 6 participantes mínimo y máximo de 10.
- **Entorno físico** La terapia se realizará en el auditorio del C.R.A, lugar que dispone de adecuada iluminación, espacio suficiente para las actividades. Libre de ruido e interrupciones. El espacio se aclimatará con velas, alfombra y aroma. Las sillas o cojines, se dispondrán en círculo.
- **Registro** Se llevará un registro escrito de las asistencias de los participantes, así como un resumen de cada sesión, de la evolución e interacciones individuales significativas de cada paciente.
- **Cobros** Debido a que el proyecto es investigativo la terapia no tendrá costo, se presentará como un servicio nuevo, adicional del centro.
- **Terapia paralela** Los pacientes opcionalmente podrán asistir a tratamiento psiquiátrico o psicológico individual. La terapia grupal no excluye la asistencia a la terapia individual psicológica o psiquiátrica a la que acuden en este centro.

#### 4.1.2. Fase 2: preparación del contexto

Los primeros encuentros preparatorios son, a la vez, sesiones terapéuticas, durante las cuales se establece la interacción entre paciente y terapeuta.

- **Preparación del paciente:** se prepararán a los pacientes seleccionados durante algunas sesiones individuales antes del inicio de la terapia grupal. El terapeuta asegurará a los pacientes que el grupo les será beneficioso. Se describirá el curso probable del



tratamiento, los trabajos generales de la terapia y las razones para la elección de este tipo de terapia y la de un grupo en particular.

Para la transmisión de información a cerca de los objetivos, normas y principios de terapia se utilizará material informativo. Se abordará con el grupo de pacientes los siguientes puntos:

1. Llegar a un acuerdo respecto a los objetivos terapéuticos.
  2. Definir el rol del paciente: compromiso con el concepto de cambio, apertura al feedback del grupo y hablar abiertamente.
  3. Definir el rol del terapeuta: reconocer la evolución de los pacientes, ayudar a los miembros del grupo a centrarse en el grupo, brindar el entorno adecuado para que el paciente desarrolle sus potencialidades
  4. Tratar el lugar, hora y duración de las sesiones. Despejar cualquier expectativa irreal de soluciones inmediatas.
  5. Señalar los temas administrativos y de organización, incluyendo normas y acuerdos.
  6. Examinar parámetros de terminación y comienzo.
- **Comienzo y mantenimiento del proceso terapéutico:** una vez que se ha seleccionado los miembros del grupo y acordado la fecha de la primera sesión se realizarán las siguientes actividades de inicio:
1. Presentación de terapeutas
  2. Presentación de los miembros o participantes
  3. Explicar los objetivos del grupo
  4. A través de un consenso plantear acuerdos para el funcionamiento del grupo
  5. Explicar principios gestálticos para terapia
- **Evaluación Inicial:** aplicación de reactivo psicológico a pacientes que han sido seleccionados para la conformación del grupo, con el fin de

evaluar el nivel de depresión inicial. Se usará inventario de depresión de Beck y la escala de Hamilton (Anexo 2).

#### **4.1.3. Fase 3: planificación terapéutica**

Reconociendo los aspectos psicodinámicos de los pacientes con depresión es evidente la inadecuación en relación a:

- Disturbio del límite entre organismo y ambiente (Yo - Tú)
- Incapacidad de responsabilizarse de sus sentimientos y acciones (hacerse cargo)
- Incapacidad para reconocer y aceptar su situación, el sí mismo e integrarlas.
- Dificultad para reconocer y satisfacer necesidades
- Dificultad para mantenerse en el aquí y ahora (se mantiene en el pasado o futuro)
- Campo perceptual reducido
- Incapacidad de reconocer el lenguaje de su cuerpo, distanciamiento con el sentir.

Los pacientes con trastornos depresivos se verán beneficiados de este proceso grupal que tiene por objetivo:

Generar un espacio en el cual, siguiendo lo planteado por los principios de la psicología Humanista y Gestalt, logren el despertar de la conciencia, del sentido de la actualidad y de la responsabilidad, es decir la capacidad de vivenciar, con la finalidad de mejorar su calidad de vida, sus interrelaciones y su autoconocimiento. Permitiendo reconocer en la enfermedad o sufrimiento la oportunidad de crecimiento personal y aprendizaje.

Para alcanzar este objetivo dentro del proceso de la terapia se utilizarán varias técnicas y herramientas principalmente gestálticas. A partir de estas se planificará las sesiones de intervención, tomando en cuenta las etapas

por las que un grupo avanza progresivamente en el proceso terapéutico (ver la tabla 2.3 del capítulo II).

#### 4.1.3.1. Señalamiento de técnicas

A continuación se presentan las principales técnicas de la corriente Humanista y Gestalt que se manejarán para cumplir los objetivos y lograr un cambio en la dinámica del paciente, tal como se ha descrito en la planificación terapéutica.

Categoría	Consciencia de sí mismo	
<b>Objetivo</b>	Permitir el darse cuenta de las zonas de conciencia interna, externa e imaginaria. Reconocer la forma y estructura del self. Facilitar el autoconocimiento, enfatizando el sentido de presencia y el sentido de Yo – Tú.	
<b>Técnicas</b>	Yo soy el que soy	Técnica gestáltica propuesta por Perls. Consiste en el reconocimiento y verbalización de representaciones del self. Utiliza la analogía para lograr identificar y simbolizar el sí mismo. Se realiza en parejas, permitiendo la interacción y comunicación. Permite la expresión de los símbolos propios.
	Collage	Técnica de arte terapia que consiste en la utilización de varios tipos de materiales para representar sentimientos, pensamientos, fantasías, necesidades o deseos del sí mismo. Permite autoexpresión, se realiza de forma individual y se expone al grupo. Permite la expresión de los símbolos propios y explorar imágenes personales. Hace posible plasmar la contradicción, que suele esconderse con los mecanismos de defensa. Permite ver los retazos de los que esta hecha una persona: ideas, pensamientos, sueños, deseos, sentimientos. Identifica varias facetas de la persona. Pone orden en el caos que sentimos o experimentamos.
	¿Quién soy yo?	Técnica basada en la teoría de V. Frankl. Explora al self por medio de preguntas fundamentales como ¿quién soy?, ¿qué hago en la vida?, ¿qué espero en la vida? Se utiliza la exageración y repetición para indagar y ahondar en las respuestas. Se realiza en parejas y se socializa ante el grupo. Permite explorar y analizar el sentido de vida.

Categoría	Expresión de emociones	
<b>Objetivo</b>	Permitir privilegiar el sentir del pensar. Dar lugar al reconocimiento y comunicación de emociones para integrarlas adaptativamente al sí mismo. Producir catarsis. Experimentar emociones sin dar juicios de valor.	
<b>Técnicas</b>	Psicodrama: juego de roles, Cámara de fotos Creando esculturas	Técnica de arte terapia propuesta por Arias y Vargas. Facilita el espacio para que el individuo exprese emociones por medio de su cuerpo y así poder reconocer la congruencia entre el sentir y el actuar. Tiene como objetivo expresar y reconocer los sentimientos, conductas, motivaciones, relaciones, etc. Mejora la comprensión de la situación y los puntos de vista de los demás, explora nuevas opciones de conducta. Cámara de fotos: se incita a los participantes a identificar emociones y expresarlas con su cuerpo. Creando esculturas: consiste en la representación del pasado, presente y futuro por medio de la realización de esculturas con personas.
	¿Cómo expreso mis afectos?	Técnica practicada por Stevens. Verbalizar la forma en la que se expresa los afectos, en los distintos ámbitos: social, familiar y laboral, para identificar contenido afectivo dentro de la interrelación con el otro.
	Pintar con música	Técnica de arte terapia propuesta por Arias y Vargas Utiliza la música para despertar, descubrir y transformar sentimientos y emociones. El color influye en el estado de ánimo. Sacan a flote lo más profundo del sí mismo. El acto de pintar permite un dialogo entre colores, símbolos y música de gran importancia para el cuerpo y el espíritu. Estimula la creatividad y expresión del sí mismo. Las vibraciones de la música producen campos de energía de resonancia y movimiento, que estimula el pensamiento y la capacidad de comunicación interior. Ayuda a la relajación, permite gratificación y satisfacción.
<b>Nota</b>	También se puede utilizar la silla vacía junto con la técnica de exageración.	

Categoría	Cierre de la Gestalt	
<b>Objetivo</b>	Permitir el tomar conciencia con el fin de completar cualquier situación o conflicto no resuelto. Reconocer las necesidades y satisfacerlas e el presente, conseguir la integración a partir de ampliar el campo perceptual.	
<b>Técnicas</b>	Niño herido	Técnica planteada por Bradshaw en su libro "Volver a casa" que permite cerrar asuntos inconclusos relacionados con la niñez como abandono, abuso, negligencia. Permite cubrir necesidades insatisfechas en cada etapa, de esta forma la energía creativa de su niño natural empieza a surgir. Además permite la expresión de emociones.
	Necesidades Deseos Carencias	Técnica gestáltica propuesta por J. Stevens, consiste en reconocer y diferenciar entre los deseos, las necesidades y las carencias. El individuo lista las necesidades que reconoce y luego las pone a prueba disminuyendo la ansiedad que hace imperiosa la satisfacción de las necesidades. Permite buscar otras herramientas o formas alternativas de cubrir las verdaderas necesidades. Ayuda a asumir la responsabilidad.
	Diálogo de padres	Técnica gestáltica propuesta por J. Stevens. En parejas los participantes adoptan el rol de uno de sus padres y hablan de sus hijos, de ellos mismo imaginando tal y como hablarían sus padres. Permite examinar expectativas frente a la figura materna y paterna y reconocerlas como propias. Cerrar gestalt en relación a la niñez y de la familia de origen.
	Silla vacía	Técnica gestáltica que permite terminar o completar la expresión, reconstruir situaciones y revivirlas de manera sana, experimentando todo lo que se evitó la primera vez. De esta forma el individuo resuelve en el presente situaciones que le impiden mantenerse en el aquí y el ahora. Se realiza a manera de un juego de roles.

Categoría	Expresión corporal	
<b>Objetivo</b>	Buscar, por medio del trabajo corporal, que el sujeto exteriorice lo interno; entendiendo que lo orgánico y lo psíquico no son más que dos aspectos de una misma realidad. Permite adquirir flexibilidad corporal y mental.	
<b>Técnicas</b>	Biodanza	Sistema de crecimiento personal, con bases en la Biología, Busca la integración del ser humano con relación a sí mismo, a sus semejantes y a su entorno, R. Toro la define como: "Un sistema de integración afectiva, renovación orgánica y reaprendizaje de las funciones originales de la vida..." (www.enbuenasmanos.com)
	Conversación con las manos	Técnica gestáltica propuesta por J. Stevens. Permite conectarse con el sentir, percibir lo que sucede en el interior (imágenes, pensamientos, fantasías), reconocer la forma de comunicar e interactuar con los otros mediante el lenguaje corporal, identificar el agrado o desagrado ante el contacto. Nota: además da lugar a la consciencia de sí mismo y al reconocimiento de límites.
	Movimiento corporal	El propósito de esta técnica propuesta por Stevens es concentrar la atención en el cuerpo, observar lo que surge en el cuerpo, permite modos de autoexpresión y el darse cuenta del interior. Facilita la inclusión, centrarse en el presente y como actividad de inducción.
	Ejercicios bioenergéticos	Ejercicios desarrollados por A. Lowen, es una manera de comprender al ser humano y su personalidad, en términos de su cuerpo y sus procesos energéticos. Permite tomar conciencia del propio esquema físico-energético, recuperar movimientos espontáneos y naturales, aumentar la vitalidad del organismo y ayudar a que la energía se distribuya más armónicamente por todo el cuerpo. Además ampliar la gama de expresión emocional y poder afirmarse en uno mismo. Ayuda a estar presente y conectado con el aquí y ahora.
Nota	Dentro de esta categoría se encuentra además el psicodrama	

Categoría	Hacerse cargo	
<b>Objetivo</b>	<p>Pretende que el individuo se de cuenta de que puede tomar decisiones; aun en el caso de tener alternativas indeseables. Da la oportunidad de tomar responsabilidad de una elección propia. Fomenta el asumir las propias decisiones para evitar el uso de defensas como la proyección, que convierten a la enfermedad en una forma de obtener ganancias secundarias y adoptar posturas victimizantes. Se relaciona con la responsabilidad de asumir una negativa.</p>	
<b>Técnicas</b>	Tengo que/ Elijo que	<p>Técnica gestáltica propuesta por J. Stevens. El participante realiza una lista de las cosas que tiene que hacer, comenzando con la palabra "tengo que", luego reemplaza el inicio de la frase por la palabra "elijo". Esto permite reconocer la capacidad de elegir y responsabilizarse de las decisiones.</p>
	No puedo/ No quiero	<p>Técnica gestáltica propuesta por J. Stevens. En parejas el participante hace una lista de las cosas que no puede hacer, comenzando con la frase "no puedo", luego reemplaza el inicio de la frase por la palabra "no quiere". Con el fin de incentivar al individuo a observar si es algo realmente imposible o es algo posible que se niega a hacer, permite reconocer entre capacidad y poder de negación.</p>
	Oración de la gestalt	<p>Técnica gestáltica propuesta por Perls. Da lugar a la toma de consciencia de los límites en relación al otro, permite asumir la propia responsabilidad, aceptarse a sí mismo y al otro. Disminuye las expectativas hacia los demás y evita adoptar posición victimizante.</p>
Nota	<p>El texto "El sentir: una forma de autodescubrirnos", brinda información que permite reforzar el trabajo en relación a esta categoría.</p>	

Categoría	Polaridad e integración	
<b>Objetivo</b>	<p>Busca reconocer las ventajas y fortalezas de aspectos que no son aceptados por el self para integrarlos y utilizarlos adecuadamente según las necesidades del organismo.</p> <p>Ayuda a lograr identificarse con el opuesto para disminuir la dificultad que produce la negación del mismo.</p> <p>Reconocer que los opuestos son inseparables, complementarios y simétricos.</p>	
	Viaje imaginario: ciclo vida, muerte.	Ejercicio espiritual propuesto por A. de Mello, facilita el trabajo con la fantasía de manera que el individuo pueda vivenciarlo como parte suya ese momento. Se utiliza la inducción. La técnica permite valorar la vivencia en el presente y comprender los ciclos de la vida. Reconocer la realidad de la muerte permite ver la vida tal como es.
<b>Técnicas</b>	Moldeando arcilla	Es una técnica de juego de roles propuesta por Stevens, que permite reconocer aspectos que se rechazan o se consideran "negativos" por haber sido catalogados como "malos" o "buenos". La polaridad del niño interior puede ser reconocida e integrada.
	Niño bueno / Niño malo	En esta técnica de juego de opuestos propuesta por J. Steven, el participante adopta roles de niño bueno y malo con el fin de descubrir en que medida estos aspectos se manifiestan como parte del self y con cual de ellos se identifica. Intenta que el sujeto reconozca las proyecciones que emite como propias, que viva lo proyectado como suyo. Permite vivenciar y observar las ventajas y desventajas dentro de cada rol.
Nota	La biodanza se incluye también en esta categoría.	

Se utilizarán ejercicios complementarios que servirán para propiciar y fomentar la inducción, cohesión, inclusión, motivación y psicoeducación.

Para esto se utilizara:

- Dinámicas
- Textos
  - o " Quien se hace cargo de mi"
  - o "El darse cuenta"
  - o "El sentir: una forma de autodescubrirse"
- Relajación



#### 4.1.3.2. Pautas y principios gestálticos

Paralelamente a las técnicas propuestas anteriormente se aplicarán las siguientes pautas gestálticas durante cada una de las sesiones. Se pondrán a conocimiento de los participantes y se fomentará continuamente su empleo:

- **Responsabilidad:** asumir la responsabilidad de lo que se hace y lo que no se hace. Cada participante está permanentemente ejerciendo su libertad y su responsabilidad. Aceptar lo que se siente y lo que pasa sin atribuírselo a otro y asumirlo desde sí mismo
- **El secreto grupal:** comprometerse a preservar el anonimato o privacidad de compañeros/as. Solo se puede comentar la experiencia propia.
- **Respeto por la experiencia:** Cada participante elige hasta donde desea comprometerse en cada experiencia; sin satisfacer expectativas ajenas. Toda experiencia es enriquecedora y capaz de producir un darse cuenta
- **Yo aquí y ahora:** autoexpresarse en primera persona del singular (Yo). No usar el lenguaje impersonal como "nosotros", "uno", etc.
- **Privilegiar el sentir sobre el pensar:** Prestar más atención a lo que se siente. Descubrir como la emoción se registra en el cuerpo. El sentir una sensación o una emoción tiene una localización corporal; si no, es una idea acerca de un sentimiento. El sentir provee información mucho más auténtica que el pensar.
- **Animarse a confrontar:** elegir ser auténtico, decir lo que se siente de frente. Es "hablar con...", no "acerca de...". Si la persona no está presente se simbolizará con un almohadón.

- **No generalizar ni minimizar:** "Todos", "Nadie", "Cualquiera", "Siempre", "Nunca", "Un poco" impiden conectarse con uno mismo y no aceptarse
- **No juzgar:** no etiquetar a la experiencia de buena o mala. Tan solo es lo que es. Se la observa para descubrir lo que sucede frente a ella. Describir lo que está sucediendo en lugar de calificarlo. Tampoco se juzgará a los demás
- **No interpretar** Diferenciar lo obvio de lo imaginario, sentir en función de lo obvio.
- **No invadir el campo psíquico del otro:** no interrumpir ni aliviar la tensión cuando un compañero aumenta su contacto e intensidad emocional. Dejarlo que experimente su emoción
- **No disculparse:** a culpa es el resultado de un diálogo interno entre un aspecto acusador y otro acusado, que se siente culpable. Esto esconde resentimiento en un disfraz de noble arrepentido. Si no me culpo es más fácil admitir mis errores y corregirlos
- **No minimizar:** aceptar plenamente la emoción sin descalificarla, sin restarle importancia.
- **No amortiguar:** ser directo en la expresión sin evitar la fuerza de lo que se quiere expresar y no usar rodeos
- **No interrumpir:** no evitar que una emoción se desarrolle y tenga espacio
- **No manipular:** no controlar al otro para que haga o diga lo que se quiere.

#### 4.1.3.3. Sesiones

Con los pacientes seleccionados se realizará un primer encuentro de tipo informativo y preparatorio. Posteriormente se iniciarán las sesiones doce sesiones terapéuticas.

PREPARACIÓN DEL CONTEXTO				
Tema:	Explicación de metodología y objetivos terapéuticos			
OBJETIVOS	Establecer rapport para generar ambiente de confianza. Motivar a los integrantes del grupo para la participación y compromiso de asistencia. Exponer propuesta metodológica y pautas de funcionamiento terapéutico.			
MOMENTO	ACTIVIDAD	DURACIÓN	TERAPEUTA	COTERAPEUTA
Inducción	Presentación de coordinadoras	10 min	Carol Palacios Ana Cristina Sánchez	
	Presentación de los participantes	15 min		
Motivación	Explicación de objetivos terapéuticos, metodología y funcionamiento.	35 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
	Establecimiento de acuerdos y normas	20 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
Valoración	Aplicación de inventario de depresión de Beck	15 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Registro	Elaboración de base de datos de los participantes	5 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez

Las sesiones terapéuticas se estructurarán tomando en cuenta las necesidades del grupo y su avance dentro del proceso, según las etapas propuestas por Rogers (ver capítulo II, Tabla 2.3)

SESIÓN # 1				
Tema:	Inclusión, pautas y normas de la terapia			
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer a los integrantes</li> <li>• Facilitar la interacción entre los participantes</li> <li>• Conocer las bases y pautas gestálticas para el desarrollo de la terapia</li> <li>• Motivar la integración de los participantes a la terapia.</li> </ul>			
MOMENTO	ACTIVIDAD	DURACIÓN	TERAPEUTA	COTERAPEUTA
Inclusión	Movimiento corporal: Caminata consiente Dinámica de inducción: Hip-Hop-Hup. Técnica expresiva: La cámara de fotos	25 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Psico-educación	Principios y pautas Gestálticas	20 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
Cierre	Dinámica de integración: Ingredientes de la pizza.	10 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
<b>Recuerde</b>	En esta etapa se utilizarán estas técnicas ya que existe reticencia a comunicar el sí mismo. La sesión se enfoca en brindar un espacio de confort y calidez.			

## SESIÓN # 2

Tema:	Comunicación y expresión de sentimientos			
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar y mejorar la interacción entre participantes y cohesión grupal.</li> <li>• Propiciar la identificación y reconocimiento de emociones</li> <li>• Permitir la expresión de sentimientos centrándose en el presente</li> </ul>			
MOMENTO	ACTIVIDAD	DURACIÓN	TERAPEUTA	COTERAPEUTA
Inclusión	Ejercicio bioenergético: respiración los 4 elementos. Tierra y agua	10 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
	Dinámica de integración: "pregúntale a tu compañero"	15 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
Retroalimentación y registro.	Uso de cuaderno creativo: autoobservación	10 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Confrontación	Dinámica de Inducción: ¿qué tal estuvo mi día?	10 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
	Técnica expresiva: "cómo expreso mis afectos"	10 min		
Retroalimentación y registro.	Cuaderno creativo.	10 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
<b>Recuerde</b>	Es importante mantener los objetivos terapéuticos de esta sesión enfocados en la inclusión y cohesión del grupo para generar un adecuado nivel de confianza.			

## SESIÓN # 3

SESIÓN # 3				
Tema:	Trabajo corporal y autoexpresión			
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentrar la atención en el aquí y ahora</li> <li>• Permitir expresión y conocimiento del cuerpo y desarrollo de flexibilidad</li> <li>• Facilitar la expresión del sí mismo</li> </ul>			
MOMENTO	ACTIVIDAD	DURACIÓN	TERAPEUTA	COTERAPEUTA
Inducción	Respiración los 4 elementos. Elementos fuego y viento	10 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
	Dinámica de motivación: cuento "Una aguja perdida"	5 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
Inclusión Expresión corporal	Movimiento corporal	13	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Confrontación	Técnica: "yo soy la (el) que soy"	20 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
	Asociación libre, frases, palabras.	7 min		
Retroalimentación y registro.	Formar parejas y compartir. De qué me di cuenta, qué sentí	5 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
<b>Recuerde</b>	En esta etapa la comunicación empieza a fluir pero en temas ajenos al sí mismo. Los participantes percibirán sus problemas y sentimientos como externos.			

## SESIÓN # 4

SESIÓN # 4				
Tema:	Reconocimiento de sí mismo			
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener conciencia del cuerpo y permitir un mejor flujo de energía corporal</li> <li>• Permitir autoexpresión</li> <li>• Exploración del sí mismo</li> </ul>			
MOMENTO	ACTIVIDAD	DURACIÓN	TERAPEUTA	COTERAPEUTA
Inducción	Ejercicios bioenergéticos.	10 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Confrontación: Autoconocimiento	Inducción: ¿Quién soy yo?	3 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
	Elaboración de Collage	50 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
Retroalimentación	Puesta en común. Qué pasó que sentí	30 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
Cierre	Que me llevo	5 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
<b>Recuerde</b>	Estas técnicas se plantean de acuerdo a la etapa en la que las expresiones y referencias hacia el sí mismo fluyen con mayor libertad.			

## SESIÓN # 5

Tema:	Reconocimiento de necesidades y autoconocimiento.			
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centrar la atención en el aquí y ahora</li> <li>• Facilitar el espacio para catarsis y expresión de sentimientos</li> <li>• Tomar conciencia del sí mismo</li> <li>• Fomentar la creatividad y expresión corporal</li> <li>• Identificar necesidades</li> </ul>			
<b>MOMENTO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DURACIÓN</b>	<b>TERAPEUTA</b>	<b>COTERAPEUTA</b>
Inducción	Respiración cruzada y la cuerda. Ejercicios de estiramiento	12 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Confrontación: Autoconocimiento	Psicodrama: La escultura	45 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
Cierre	Dinámica de interacción: el vecino	5 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
<b>Recuerde</b>	En esta etapa hay más flexibilidad y los sentimientos se describen como objetos del presente			



## SESIÓN # 6

SESIÓN # 6				
Tema:	Polaridad e integración			
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir autoconocimiento y exploración del sí mismo</li> <li>• Integrar polaridades</li> <li>• Tomar consciencia de la percepción de roles paternos</li> <li>• Facilitar cierre de la gestalt</li> </ul>			
MOMENTO	ACTIVIDAD	DURACIÓN	TERAPEUTA	COTERAPEUTA
Inducción	Respiración con movimiento: Cuello	10 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Confrontación: Polaridad	Niño bueno - Niño malo	20 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
	Retroalimentación	12 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Percepción y cierre	Diálogo de padres.	20 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
	Retroalimentación	12 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Cierre	Respiración con mantra.	5 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
<b>Recuerde</b>	En esta sesión las técnicas buscan identificar polaridades para poder integrarlas ya que los participantes durante esta etapa son más flexibles para hablar de sus sentimientos e historia personal, aumenta la aceptación de la propia responsabilidad.			

## SESIÓN # 7

Tema:	Darse cuenta, cierre gestáltico			
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercitar auto - observación</li> <li>• Dar lugar a la expresión de sentimientos</li> <li>• Permitir cierre de gestalt</li> <li>• Catarsis</li> </ul>			
<b>MOMENTO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DURACIÓN</b>	<b>TERAPEUTA</b>	<b>COTERAPEUTA</b>
Inducción	Ejercicios bioenergéticos	5 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Bases teóricas	Texto: El darse cuenta	15 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
	Ejercicio: zonas de consciencia	10 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Confrontación Integración, catarsis	Niño herido	35 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
Cierre	Retroalimentación. Caricias	5 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
<b>Recuerde</b>	En esta etapa los sentimientos se expresan libremente en tiempo presente pero suelen despertar sorpresas y temor, casi nunca placer.			

## SESIÓN # 8

Tema:	Hacerse cargo			
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descarga de emociones y creatividad</li> <li>• Facilitar el espacio para dar y recibir apoyo</li> <li>• Darse cuenta del cómo vivir según los principios de la gestalt</li> <li>• Reconocer límites entre Yo – Tu</li> </ul>			
MOMENTO	ACTIVIDAD	DURACIÓN	TERAPEUTA	COTERAPEUTA
Ambientación	Pintar al ritmo de la música	20 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Inducción	Dinámica de interacción: brindar confianza	5 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
Retroalimentación	¿Qué sentí, de qué me di cuenta?	5 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Confrontación	La oración de la gestalt.	25 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
Cierre	De qué me di cuenta	10 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
<b>Recuerde</b>	En esta etapa hay relajación fisiológica y la comunicación es libre el participante vive subjetivamente en la experiencia			

## SESIÓN # 9

SESIÓN # 9				
Tema:	Integración de polaridades			
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar sensaciones corporales</li> <li>• Desarrollo de creatividad</li> <li>• Permitir Autoconocimiento y aceptación de polaridad</li> <li>• Lograr integrar aspectos rechazados del sí mismo</li> </ul>			
MOMENTO	ACTIVIDAD	DURACIÓN	TERAPEUTA	COTERAPEUTA
Inducción	Ejercicios bioenergéticos : Respiración de hemisferios	5 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Confrontación	Polaridad: Moldear arcilla Psicodrama: Representación de polaridad no integrada.	40 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
Retroalimentación	Integración: Ventajas de la polaridad	30 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Cierre	De qué me di cuenta	5 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
<b>Recuerde</b>	En esta etapa los participantes expresan fluidamente sus sentimientos. Las defensas disminuyen lo cual permite mejor expresión del self. Existe mayor reconocimiento de límites. Aumenta la apertura la interacción con el otro.			

## SESIÓN # 10

Tema:	Sentido de vida, autoconocimiento, responsabilidad.			
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular la percepción interna y externa</li> <li>• Explorar respuestas a preguntas existenciales</li> <li>• Asumir responsabilidad</li> </ul>			
MOMENTO	ACTIVIDAD	DURACIÓN	TERAPEUTA	COTERAPEUTA
Sensibilización. Percepción	Movimiento corporal: Diálogo de manos	10 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
Retroalimentación	De qué me di cuenta	5 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
Confrontación: Autoconocimiento	Quién soy yo?, Qué hago en la vida?, Qué espero en la vida?	30 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Retroalimentación	De qué me di cuenta	5 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
Confrontación: hacerse cargo	Tengo que/ Elijo que	10 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
	Necesito/ Quiero	10 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
	No puedo/ No quiero	10 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
Retroalimentación y cierre	De qué me di cuenta	10 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
<b>Recuerde</b>	En esta etapa el cliente muestra disposición para reconocer e integrar aspectos del sí mismo, siente cada vez más una consideración positiva incondicional hacia sí mismo.			

## SESIÓN # 11

Tema:	Cierre de la gestalt, Integración			
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoconocimiento, Sentido de vida</li> <li>• Aprender a vivir el presente</li> <li>• Integración nacer/morir</li> <li>• Expresión corporal</li> </ul>			
<b>MOMENTO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DURACIÓN</b>	<b>TERAPEUTA</b>	<b>COTERAPEUTA</b>
Inducción	Biodanza: Caminata del sol y de la luna	15 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Autoconocimiento	Silla vacía: La respuesta a mi pregunta	15 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
Retroalimentación	De qué me di cuenta	10 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Viaje imaginario	Viaje Imaginario: El aligeramiento	15 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
Retroalimentación	De qué me di cuenta	15 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Cierre	Masaje grupal	10 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
<b>Recuerde</b>	Durante esta etapa el cliente se experiencia progresivamente como el centro de valoración.			

SESIÓN # 12				
Tema:	Integración y cierre			
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lograr homeostasis entre el sí mismo y el organismo</li> <li>Permitir la unidad por medio de la interacción y el movimiento</li> <li>Generar interacción transpersonal</li> </ul>			
MOMENTO	ACTIVIDAD	DURACIÓN	TERAPEUTA	COTERAPEUTA
Integración	Biodanza: Los 4 elementos Namasté	50 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
Cierre	Memoria del taller	10 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
	Retroalimentación : socializar su vivencia dentro del proceso y cuales fueron la experiencias más representativas	15 min	Carol Palacios	Ana Cristina Sánchez
	Registro: Cuaderno creativo.	15 min	Ana Cristina Sánchez	Carol Palacios
<b>Recuerde</b>	Al finalizar el proceso se evidencia en el cliente que la valoración de su experiencia se vuelve cada vez menos condicional y se efectúa cada vez más en función de un proceso de valoración organísmica. Existe mayor congruencia entre el self y el organismo.			

#### 4.2 Conclusiones

Consideramos que en el proceso de elaboración de un dispositivo terapéutico de tipo grupal es necesario tomar en cuenta tres fases principales: una de diagnóstico y selección, que permitirá disminuir tasas de abandono, otra fase de preparación del contexto, para generar un ambiente adecuado, y finalmente una planificación destinada a cumplir los objetivos terapéuticos planteados. De esta forma se conseguirá aprovechar los beneficios que brinda el trabajo en grupo con fines psicoterapéuticos.

El desarrollo de este capítulo propone vincular lo metodológico y estructurado de los sustentos teóricos psicológicos de terapia grupal con las

técnicas y bases filosóficas del humanismo y la gestalt y de esta manera brindar una herramienta útil para los pacientes que asisten al centro.

De la terapia de grupo humanista rescatamos su filosofía y cualidades que determinan al terapeuta sumando a esto las técnicas desarrolladas por la terapia gestalt, así el dispositivo propuesto logra integrar estos dos aspectos. De esta manera la intervención no sólo se dirige a reducir la sintomatología depresiva sino además permitir al paciente disponer de herramientas que le ayudarán a mejorar su calidad de vida y buscar el crecimiento personal.



## **CAPITULO V**

### **APLICACIÓN DEL DISPOSITIVO TERAPÉUTICO**

#### **Introducción**

La efectividad de un dispositivo terapéutico se podrá demostrar mediante su ejecución práctica.

En este capítulo se recogen las apreciaciones de la aplicación del diseño propuesto, para el tratamiento grupal de pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor, desde un enfoque humanista gestáltico.

A través de la evolución del grupo y de cada paciente y de la comparación de los resultados obtenidos en la aplicación de reactivos iniciales y finales podremos colegir la eficacia del dispositivo planteado.

#### **5.1. Intervención terapéutica**

En el Centro de Reposo y Adicciones C.R.A se implementó un grupo de terapia para pacientes de consulta externa de tipo cerrado. La terapia se realizó entre los meses de septiembre y diciembre del 2009. Constó de 12 sesiones de 90 minutos cada una. Participaron inicialmente 9 personas, 5 mujeres y 4 hombres. La ejecución de las sesiones terapéuticas se realizó semanalmente, según la planificación, los días martes de 18h00 a 19h30.

En cuanto a la estructura de las sesiones, éstas contienen tres etapas. La primera, de inducción e inclusión en donde se realizan generalmente ejercicios corporales y dinámicas de motivación o ambientación. La segunda de confrontación, donde se ejecutan técnicas humanistas y gestálticas orientadas a cumplir los objetivos planteados en cada sesión. La tercera etapa es de cierre en donde se realiza el proceso de retroalimentación y registro de experiencias.

## 5.2. Registro de evolución

Para la sistematización de la experiencia se realizó registros de evolución grupal e individual de cada sesión. Durante el desarrollo de la sesión el coterapeuta se encargaba de registrar las experiencias remitidas por el paciente y aspectos clínicos de su observación. Al finalizar las sesiones se elaboraba la memoria y registro de evolución. Previo consentimiento informado por parte de los pacientes, en las sesiones se tomaron fotografías.

El registro de evolución consta de:

- Número de sesión, fecha y tema
- Objetivos de la sesión
- Evolución grupal: se detalla el funcionamiento y dinámica del grupo, las etapas por las que atraviesa el grupo, las principales emociones que se expresan, los factores terapéuticos que se manifiestan en la terapia y las interrelaciones entre los participantes.
- Evolución individual: se especifica de manera general de la evolución del paciente tomando en cuenta su presentación y apariencia física, estado de ánimo, mecanismos de defensa, utilización de herramientas y cumplimiento de pautas o principios terapéuticos, expresión de emociones y afectos, procesos del darse cuenta y zonas de consciencia.

### Sesión # 1

**Fecha:** 15 de Septiembre de 2009

**Tema:** Inclusión, pautas y normas de la terapia



- Conocer a los integrantes
- Facilitar la interacción entre los participantes
- Conocer las bases y pautas gestálticas para el desarrollo de la terapia
- Motivar la integración de los participantes a la terapia.

### Evolución Grupal

Los participantes asisten con puntualidad, se evidencia gran interés y disposición por el inicio de la terapia. En un principio, la mayoría, muestran nerviosismo e intranquilidad. En la etapa de inclusión colaboran y participan con entusiasmo. Luego de esto los participantes empiezan a interactuar poco a poco con mayor facilidad, cumplen adecuadamente las consignas, responden a estímulos de motivación (del coordinador), intensificando su emoción y expresión corporal. En la etapa de psicoeducación sobre *pautas y normas de la terapia* realizan varias preguntas y comentarios, se llega a acuerdos para emplear estas normas durante las sesiones terapéuticas. Existe facilidad de comprensión, intervienen espontáneamente; sin embargo, existe reticencia a comunicar el sí mismo. La sesión se enfoca en brindar un espacio de confort, calidez y confianza.

### Evolución Individual

Evolución Individual	
M.P.	Se encuentra intranquila, interviene por varias ocasiones, muestra nerviosismo, comenta sentir miedo, Dificultad para aceptar su condición. Mantiene postura victimizante, tiene visión negativa del futuro, actitud sobredefensiva y temor a la crítica. Expresa emociones con facilidad, se evidencia sensibilidad emocional. Aspecto y apariencia descuidada.
G.E.	Buena expresión corporal de emociones, se muestra tranquila, colabora, su aspecto físico y apariencia es adecuado. Se evidencia actitud de reserva, interacción superficial.
M.P.B	Se muestra entusiasmada, su actitud es de atención e interés, no realiza comentarios ni preguntas, controla la expresión corporal de sus emociones. Su aspecto y apariencia es adecuado.
D.C.	Participa en algunas ocasiones, sin dificultad para expresar corporalmente sus emociones, actitud crítica hacia si misma, lo expresa de forma indirecta hacia el grupo. Interactúa adecuadamente con sus compañeros y compañeras. Su aspecto es adecuado. Presenta temblor corporal.
J.V.	Se muestra nervioso, en un principio con dificultad para expresar coralmente sus emociones y para interactuar con los compañeros y compañeras. Se evidencia ideas de incapacidad y temor. Autocontrol excesivo.
N.O	Poca participación, se encuentra nervioso. Interviene adecuadamente, dificultad para recordar el nombre de sus compañeros y compañeras. Aspecto adecuado. Rigidez corporal, escasa expresión de emociones. Comenta estar dispuesto a explorar emociones y autoconocerse.

R.G.	No interviene con ningún comentario, cumple las consignas, dificultad corporal para expresar emociones. Su aspecto es adecuado. Presenta acaticia.
H.H.	Participa adecuadamente, expresa tener temor del proceso de autoconocimiento. Se interrelaciona con facilidad, expresa abiertamente ideas y emociones, buen sentido del humor

## Sesión # 2

**Fecha:** 22 de Septiembre de 2009

**Tema:** comunicación y expresión de sentimientos



- Facilitar y mejorar la interacción entre participantes y cohesión grupal.
- Propiciar la identificación y reconocimiento de emociones
- Permitir la expresión de sentimientos centrándose en el presente

### Evolución Grupal

Los participantes asisten con puntualidad, se evidencia mayor interacción en el grupo. En la etapa de inclusión existe colaboración y disposición. De acuerdo a los objetivos terapéuticos se genera cohesión en el grupo y mejora el nivel de confianza. En cuanto a la expresión de sentimientos, existe dificultad para centrarse en el sí mismo y en el presente. Descuidan el cumplimiento de los principios gestálticos (tendencia a aconsejar, hablar en tercera persona, interpretar, lectura de pensamiento), se realiza entrenamiento en el uso de pautas. Se evidencia satisfacción e incremento de confianza luego de la sesión. En la etapa de retroalimentación muestran interés en el registro de sus experiencias. Comentan sentirse bien cuando interactúan con sus compañeros.

Evolución Individual	
M.P.	Muy participativa, utiliza la racionalización como mecanismo de defensa, privilegia el pensar sobre el sentir. Pregunta el por qué o significado de cada experiencias. La interacción con los compañeros es muy directa, en ocasiones brusca. Interviene constantemente. Centrada en el odio al jefe. Se mantiene como víctima. Expresa con facilidad sus emociones.
G.E.	Comenta sentirse triste. Buena capacidad de interacción y abstracción. Existe resistencia para hablar de emociones y sentimientos.
M.P.B.	Muy participativa, refiere sentirse bien al contacto con los demás. Disfruta la interacción. Se muestra entusiasmada, su actitud es de atención e interés. Refiere sentirse bien al ser escuchada. Es muy receptiva.
D.C.	Se esfuerza por controlar emociones y ansiedad. Participa voluntariamente. Tiene una resistencia latente al proceso. Evita hablar de sí misma.
J.V.	Pensamientos de minusvalía, dice constantemente "no puedo". Busca llamar la atención. Afecto ambivalente; refiere que no siente nada en las dinámicas y que siente frustración constante. Opositorista, no cumple con las consignas, no registra su experiencia. Aparente ganancia secundaria y temor al autoconocimiento.
N.O.	Poca participación pero cuando lo hace es asertivo. Se hace cargo de sus experiencias y emociones. Sentimientos de minusvalía y frustración. Dificultad en el contacto, pocas estrategias de interacción. Afecto ansioso. Se le nota tenso.
R.G.	No asiste
H.H.	Participa adecuadamente, Se interrelaciona con facilidad, comenta que en el acercamiento con el otro prefiere evitar mostrarse, le resulta difícil hablar de sí mismo, de sus experiencias y emociones.

### Sesión # 3

**Fecha:** 29 de Septiembre de 2009

**Tema:** Trabajo corporal y autoexpresión



- Concentrar la atención en el aquí y ahora
- Permitir expresión y conocimiento del cuerpo y desarrollo de flexibilidad
- Facilitar la expresión del sí mismo

## Evolución Grupal

En esta sesión no asisten puntualmente, se inicia con 20 minutos de retraso. Se integra al grupo una nueva participante. Se presenta y se le da la bienvenida. En un inicio hay poca participación. En la etapa de confrontación, frente a la expresión de llanto, el grupo contiene de forma adecuada, sigue las normas gestálticas y presenta empatía. Siguiendo los objetivos de esta sesión se logra que los participantes centren su atención en el presente, sin embargo algunos perciben sus problemas como externos. Mejora la participación e interacción. En la etapa de cierre se evidencia tranquilidad, expresiones de satisfacción.

## Evolución Individual

M.P.	Llega tarde a la terapia, aspecto y apariencia descuidada, presenta llanto fácil, expresa sentimientos de tristeza, refiere vacío y duda existencial. Demuestra inconformidad con su situación. Incongruencia en lo que dice y hace.
G.E.	Habla de sí misma. Asume su situación de pérdida, sin embargo sigue responsabilizando al exterior de su tristeza. Refiere sentirse desesperanzada y haber perdido la fe. Expresa mejor sus emociones. Utiliza el sentido del humor y la ironía para evadir su problemática.
M.P.B	Se muestra entusiasmada, colaboradora, expresa sentimientos de alegría con facilidad. Sobrevalora su estado y condición de mejora. Trata de motivar al resto. Hace comentarios valorativos, interpreta, y es superficial. Poca invisión. Le cuesta mantener la concentración en sí misma.
D.C.	Afecto ansioso. Preocupación por el futuro. Se evidencia expresiones de temor e inseguridad. Expresa estas emociones, pero no las asume, no se hace cargo. Colaboradora, interviene adecuadamente. Sigue presentando comentarios autocríticos. Le cuesta mantener la concentración en sí misma.
J.V.	No asiste.
N.O.	Sus intervenciones son directas y concretas. Evita el contacto visual. Dificultad para iniciar interacción. Rigidez corporal. Dificultad en la expresión corporal. No expresa sus emociones, pone barreras. Utiliza el aislamiento como mecanismo de defensa.
R.G.	Poco participativo, poco expresivo emocionalmente, aplanamiento afectivo, dificultad para cumplir las consignas, sobre todo en expresión corporal.
H.H.	Participación adecuada, interviene voluntariamente, utiliza el sentido del humor como barrera para no tocar aspectos internos.

	Utiliza la proyección. Refiere que le da miedo saber quién es. Anima al grupo de forma reflexiva y no directa para romper con ideas o esquemas distorsionados de los otros.
M.O.	Se integra al grupo con facilidad, interactúa y participa voluntariamente. Preocupada por el tiempo, se nota cansada.

## Sesión # 4

**Fecha:** 06 de Octubre de 2009

**Tema:** Reconocimiento de sí mismo



- Tener conciencia del cuerpo y permitir un mejor flujo de energía corporal
- Permitir autoexpresión
- Exploración del sí mismo

### Evolución Grupal

Asisten 6 participantes, su desempeño es adecuado, colaboradores. En la etapa de confrontación se logra que los pacientes exploren su sí mismo, las expresiones y referencias hacia el sí mismo fluyen con mayor facilidad. Comentan sentir agrado al realizar la actividad, se concentran en su propio trabajo, no realizan ningún tipo de interacción mientras duró la actividad. En la etapa de cierre se evidenció mayor capacidad de asumir situaciones personales, sentimientos y emociones frente al grupo. Expresan sentirse sensibles durante la retroalimentación, existen manifestaciones de llanto, ira, tristeza, satisfacción, frustración, despecho, desilusión, inconformidad, hastío. La sesión se extiende 50 minutos más de lo previsto por demanda del grupo.

### Evolución Individual

M.P.	Mejora apariencia física, buen movimiento corporal, se concentra en la realización de su collage, tiene dificultad para concluir la tarea, mientras los compañeros exponen su trabajo no presta atención por continuar elaborando su trabajo. Al exponer expresa necesidades de libertad y soledad, muestra conflicto entre aislarse y encargarse de su hogar. Frente a la expresión emotiva de llanto de su compañera muestra indiferencia, evade y evita.
------	---

G.E.	No asiste, comunica antes.
M.P.B.	Muy participativa, expresa constantemente su interés por la terapia, interviene voluntariamente. Tiene necesidades de superación y explotación de capacidades. Preocupación por su situación familiar, sobre todo por sus hijos, se contagia frente a la expresión emocional de llanto de una de sus compañeras. Trae alimentos para compartir.
D.C.	Comenta haber estado muy sensible durante la semana. Voz temblorosa, nerviosismo, inconformidad consigo misma. No acepta su padecimiento y tratamiento. Refiere molestia ante los efectos secundarios del medicamento: aumento de peso, temblor en las manos, dificultad para concentrarse. Presenta baja autoestima, sentimientos de ira y tristeza reprimidos. Empieza a hablar de sus emociones y conflicto, presenta ansiedad y deseos de agredirse. Logra desinhibición emocional, llanto, identifica y simboliza sus emociones. Preocupada por lo que el resto del grupo diga. Denota conflictos del pasado no resueltos, necesidades de protección y afecto.
J.V.	No continuará asistiendo debido a inconvenientes con terapeuta individual.
N.O.	Rigidez corporal, dificultad para realizar los ejercicios físicos. Concentrado en su collage. Representa necesidades de formar una familia. Reconoce situaciones desagradables de su vida. Refiere sentirse tranquilo y estar superándose. Se rige a las consignas, está muy atento a las explicaciones dadas y consigue los objetivos planteados en terapia. No logra hablar de su problemática.
R.G.	Rigidez corporal, acatía. Comenta su situación de duelo, sentimientos de tristeza, ideas de no poder solucionar su situación. Desesperanza, Inconformidad. Dificultad para identificar y nombrar su enfermedad. Expresa necesidades de escucha, de afecto, de pareja. Preocupado por brindar apoyo a sus compañeros.
H.H.	No asiste.
M.O.	Llega tarde. En su collage expresa etapas de vida, añoranza por el pasado. Buena capacidad de abstracción. Buena percepción y registro de emociones y sensaciones internas. Muestra identificación y empatía con compañera, frente a expresión de llanto. Tiene necesidad de comentar su situación personal luego de terminar la terapia.



## Sesión # 5

**Fecha:** 13 de Octubre de 2009

**Tema:** reconocimiento de necesidades y autoconocimiento



- Centrar la atención en el aquí y ahora
- Facilitar el espacio para catarsis y expresión de sentimientos
- Tomar conciencia del sí mismo
- Fomentar la creatividad y expresión corporal
- Identificar necesidades

### **Evolución Grupal**

Asisten 7 participantes, puntualmente. Hay mayor interacción entre ellos. En la primera etapa, inducción, existe dificultad para los ejercicios corporales en cuanto a flexibilidad y mantenimiento de postura. En la etapa de confrontación colaboran y participan con entusiasmo. La técnica aplicada permitió identificar necesidades actuales, integrar pasado, presente y futuro, tomar conciencia de sí mismo. Se observa creatividad y mejor simbolización de sentimientos. Existe, de manera general, una visión negativa de sus experiencias pasadas e incertidumbre hacia el futuro.

### **Evolución Individual**

M.P.	No asiste.
G.E.	Interesada, participativa, interactúa mejor con los compañeros. Activa, buen desempeño en el desarrollo de las consignas. Se evidencia mejor estado de ánimo. Reconociendo su problema. Visión positiva del futuro. Ansiedad por conseguir sus metas. Necesidad de bienestar
M.P.B.	Muy emotiva, realiza catarsis. Expresa emociones de tristeza ante recuerdos de su pasado, llora. Necesidad de superación y logro. Poca participación grupal.
D.C.	Mantiene ánimo deprimido y afecto ansioso. Autoconcepto disminuido, inconforme con su cuerpo, consigo misma y con su enfermedad. Inseguridad acerca del presente y del futuro. Llanto fácil.

N.O.	Poca interacción. En la ejecución de la técnica es muy creativo. Respuestas adecuadas, buena capacidad de simbolización y representación. Enfocado en el presente. Rigidez corporal. Mejor integrado al grupo. Incertidumbre sobre el pasado.
R.G.	Llega tarde. Bajo nivel de abstracción, problemas de memoria. Muy pasivo, visión de incapacidad y negativa hacia el futuro. Temor de dependencia al medicamento. Expresa necesidades de afecto y de tiempo para sí mismo. Participa voluntariamente, pero en ocasiones fuera del contexto.
H.H.	Capacidad para liderar al grupo. Muestra agotamiento físico, buena participación. Evita el contacto con emociones. Reconoce su actitud evitativa. Se evidencia necesidad de tranquilidad y estabilidad.
M.O.	Llega tarde. Mejora su interrelación con compañeros y compañeras. En la etapa de confrontación es muy creativa, aceptación de su situación y enfermedad. Reconoce aspectos positivos de su pasado. Necesidades de independencia.

## Sesión # 6

**Fecha:** 20 de Octubre de 2009

**Tema:** Polaridad e integración



- Permitir autoconocimiento y exploración del sí mismo
- Integrar polaridades
- Tomar consciencia de la percepción de roles paternos
- Facilitar cierre de la gestalt

### Evolución Grupal

Asisten 7 participantes. La sesión se inicia 15 minutos más tarde. La interacción antes del inicio de la sesión es más fluida y espontánea entre los miembros del grupo. Los participantes se muestran interesados en las actividades. En esta sesión se consigue que los participantes identifiquen polaridades y las integren, se muestran más flexibles para hablar de su historia personal. Existe mayor confianza al hablar sobre asuntos personales.

En la etapa de cierre, retroalimentación, manejan de mejor forma el principio del “darse cuenta” y de hablar en primera persona, asumen emociones.

Evolución Individual	
M.P.	Se evidencia mejor cuidado en su aspecto físico, es recibida atentamente por sus compañeros y compañeras. Tendencia a racionalizar y utilizar el por qué en sus comentarios o intervenciones. Expresa sentimientos de alegría ante su infancia, aunque comenta que una parte de ella es muy triste. No desea expresarlo al grupo. Comenta tener buena relación con su padre, se evidencia dependencia, idealización y sobrevaloración; la relación con su madre es distante. Lloro al expresar que su situación “preocupa y hace sufrir a sus padres”. Reprime sentimientos “negativos”, los valora como malos. Utiliza la formación reactiva.
G.E.	Su participación es adecuada, logra, con ayuda de su compañero, valorar correctamente situaciones de su infancia. Existen introyectos como: “tengo que ser buena, es mejor ser buena...”. Identifica a sus padres como figuras de apoyo, comenta que ante su padre trata de ser fuerte.
N.O.	Sus intervenciones son adecuadas. Evita contacto visual. Comenta sentirse mejor “siendo malo, así puedo conseguir respeto”. La relación con el padre es distante y superficial, el vínculo con su madre es de dependencia.
R.G.	Llega tarde a la terapia, se evidencia dificultad para comprender las consignas, conflictos del pasado no resueltos, dificultad para tomar consciencia del presente. Se ve a sí mismo como “mal hijo”, comenta haber recibido mucha atención por parte de su madre. Se evidencia miedo reprimido.
H.H.	Su participación es adecuada, mantiene resistencia a la introspección y reconocimiento de emociones. Comenta que le resulta más fácil identificarse como niño malo (se evidencia agresividad). Se concentra en el presente. Presenta agotamiento físico. Habla más de sí mismo y de su pasado.
M.P.B.	Se evidencia conflicto en relación a figuras paternas (distancia emocional y superficialidad), dificultad para reconocerse como “niña mala”, sentimientos de asumir o sobrellevar toda la responsabilidad. Necesidades de protección. Se evidencia necesidad de catarsis.
M.O.	Logra identificar polaridades. En la interacción con compañeros muestra adecuada expresión corporal y emocional. Se evidencia fuerte vínculo con la madre.

## Sesión # 7

**Fecha:** 27 de Octubre de 2009

**Tema:** Darse cuenta, cierre gestáltico



- Ejercitar auto – observación
- Dar lugar a la expresión de sentimientos
- Permitir cierre de gestalt
- Catarsis

### **Evolución Grupal**

Asisten 7 participantes. La sesión se inicia puntualmente. La mayoría de integrantes muestran cansancio físico. Existe mayor confianza y facilidad para expresar situaciones personales e historia de vida. Logran identificar las zonas del darse cuenta. Socializan con mayor fluidez, reconocen mejor sus sentimientos. Utilizan mejor las pautas gestálticas como hablar en primera persona, no aconsejar, no juzgar, no minimizar ni maximizar, estar en el presente. Se evidencia sentimiento de confianza en el grupo, satisfacción al liberar emociones y compartir. En la etapa de cierre aceptan circunstancias pasadas y dan un nuevo significado a las situaciones conflictivas.

### **Evolución Individual**

M.P.	No asistirá a terapia por cambio de domicilio.
G.E.	Reconoce sentir miedo por conocerse a sí misma. Identifica mecanismo de evasión. Menos resistencia para hablar de sus cosas personales.
N.O.	Mucha dificultad corporal. Utiliza vestimenta muy llamativa (sombrero, botas, gabardina negra). Expresa sentimientos de tristeza. Manifiesta sobreesfuerzo para conseguir estabilidad económica. Reconoce que su adolescencia fue muy difícil. Se niega a hablar de acontecimientos de esta etapa. Conflictos con el hermano y el padre.
R.G.	Mejora su intervención en cuanto a centrarse en situaciones del presente. Reconoce zonas de su darse cuenta. Mejor estado de ánimo. Da mucha atención en su zona de la fantasía.
H.H.	Se evidencia agotamiento físico, expresa tener insomnio. Muy

	colaborador, buen sentido del humor. Está motivado. Tendencia a liderar. Su zona de consciencia está centrada en la fantasía.
M.P.B.	Gran dificultad para realizar ejercicios de coordinación. Es superficial en sus comentarios. Expresa resentimientos hacia la figura materna. Utiliza la proyección, formación reactiva y evasión. Mantiene una posición de superhéroe y de víctima. Sobrevalora sus acciones. Existe rechazo a su familia de origen. Refiere que le gusta mucho estar en el trabajo.
M.O.	Buena capacidad para realizar ejercicios físicos. Buena coordinación. Buen nivel de insight y darse cuenta. Participación adecuada.
D.C.	Mejora su apariencia física. Mejor su estado de ánimo; sin embargo, en el ejercicio se evidencia tristeza, resentimiento con los hermanos. Identifica hechos del pasado como causantes de su enfermedad.

## Sesión # 8

**Fecha:** 10 de Noviembre 2009

**Tema:** Hacerse cargo



- Descarga de emociones y creatividad
- Facilitar el espacio para dar y recibir apoyo
- Darse cuenta del cómo vivir según los principios de la gestalt
- Reconocer límites entre Yo - Tu

### Evolución Grupal

Asisten 5 participantes. La sesión se inicia 25 minutos más tarde. Antes de iniciar la sesión los miembros del grupo comparten entre sí situaciones personales. Interactúan con mucha facilidad. Durante la sesión participan, colaboran, se muestran muy interesados. Refieren estar contentos con la terapia. En la etapa de inducción existe mejor capacidad para centrar su darse cuenta en el exterior. En la de confrontación una mejor capacidad para ejecutar roles y expresar emociones. Se consigue que los participantes descarguen sus emociones, reconozcan los límites en la relación con el otro. Obtienen una perspectiva más realista sobre las expectativas hacia los

otros, aceptan la condición del otro como un ser humano con expectativas y defectos. Reconocen la responsabilidad de sí mismos y del otro. Existe mayor reconocimiento de límites.

Evolución Individual	
G.E.	No asiste.
M.O.	Mejor capacidad para darse cuenta de lo exterior. Más centrado en el presente. Expresa emociones con facilidad. Logra simbolizar y relacionar la música con la expresión artística. Mejor de estado de ánimo. Mejora su capacidad de ver a los ojos. Expresa agresividad. Dificultad para juego de roles.
R.G.	Llega tarde a la terapia. Dificultad para centrar su zona del darse cuenta en el exterior. Dificultad para relacionar las emociones con la expresión simbólica, debido a que llega tarde. Comprende mejor las consignas, mejor capacidad para interactuar. Refiere preocupación por el otro. Expresa sus emociones de mejor manera. Su estado de ánimo mejora, refiere sentirse liberado.
H.H.	Muy colaborador, sensible ante estímulo auditivo, se concentra con facilidad, privilegia el pensar sobre el sentir, busca tener una ancla (idea o imagen) para expresar emociones. Más centrado en el presente, toma consciencia de zona externa. Facilidad para expresar emociones, habla de sus situaciones familiares con menos dificultad. Preocupado por la comodidad del otro a pesar de su incomodidad. Buena capacidad de insight.
M.P.B.	Dificultad para simbolizar emociones. Mantiene el mismo ritmo. Dificultad para ejecutar las consignas. No hay suficiente confianza porque piensa más en el otro. Expresa estar contenta, dificultad para insight.
M.O.	Se conecta con la actividad artística, muestra creatividad. Su zona de la fantasía predomina, comenta recordar sucesos del pasado. Disfruta la actividad de apoyo, disminuye expectativas hacia los demás.
D.C.	No asiste. Inicia un proceso de crisis siendo necesaria la hospitalización.

## Sesión # 9

**Fecha:** 17 de Noviembre 2009

**Tema:** Integración de polaridades



- Identificar sensaciones corporales
- Desarrollo de creatividad
- Permitir Autoconocimiento y aceptación de polaridad
- Lograr integrar aspectos rechazados del sí

### **Evolución Grupal**

Asisten 7 participantes. Antes de iniciar la sesión interactúan con facilidad, existe buena cohesión grupal. Expresan con mayor confianza sus problemas, se permiten expresar emociones. Utilizan el sentido del humor. Durante la sesión terapéutica colaboran, muestran interés. Mejora su nivel de percepción y sensibilidad a los estímulos. Durante el psicodrama es necesario motivar para que participen. Existe dificultad para expresar emociones negativas y con el límite con el otro por temor al rechazo y desaprobación. Ponen juicio de valor a sentimientos que rechazan y los perciben como negativos. Reprimen la expresión de desagrado o descontento en relación con los otros. Al final de la sesión logran integrar las polaridades y descubren ventajas y la oportunidad de vivenciarlas. La disminución de las defensas permite una mejor expresión del self. Aumenta la apertura de la interacción con el otro.

### **Evolución Individual**

G.E.	Disfruta mucho de la actividad, disminuye resistencia y represión. Se centra más en sí misma. Expresa emociones y sentimientos. Representa con facilidad una cualidad que rechaza, sin embargo le cuesta identificar las ventajas de la polaridad e integrarla.
N.O.	Se conecta fácilmente con el sentir a pesar de su rigidez corporal. Dedicar mucho tiempo a moldear la arcilla. Dificultad para

	representar en el psicodrama. Dificultad para interactuar. Muy reflexivo, logró integrar la polaridad.
R.G.	Llega tarde a la terapia. Mejora su participación y su darse cuenta, está más en el presente, le cuesta aceptar sus aspectos negativos, dificultad para representar en el psicodrama, finalmente logra integrar.
H.H.	Más perceptivo, intelectualiza menos, disfruta de actividades manuales y creativas. Dificultad para criticar. Facilidad para realizar el psicodrama, facilidad para representar el rol e interactuar con el grupo. Pudo reconocer la necesidad de tener aspectos que antes rechazaba.
M.P.B.	Mejor participación. Está más en el presente, muy sensible a la crítica o evaluación de los demás. Bloqueo de la creatividad y preocupación por su desempeño. Dificultad para expresar lo que no le agrada de los otros. Integra su polaridad con facilidad.
M.O.	Llega tarde, se integra con facilidad, intelectualiza mucho, pero reflexiona sobre sus necesidades, buena interacción. Buena capacidad de insight y de abstracción. Integra con facilidad.
D.C.	Mejora su estado de ánimo y su aspecto físico. Está con gripe. Muy preocupada por la crítica y aprobación de los otros. Tiene dificultad para expresar lo que siente en relación al otro. Reprime emociones negativas, incapacidad para reconocer lo que le desagradaba. Dificultad para demostrar desacuerdo, dificultad para integrar, poca asertividad.

## Sesión # 10

**Fecha:** 24 de Noviembre 2009

**Tema:** Sentido de vida, autoconocimiento, responsabilidad.



- Estimular la percepción interna y externa
- Explorar respuestas a preguntas existenciales
- Asumir responsabilidad

### Evolución Grupal

Asisten 7 participantes, la mayoría no llega puntual. Se evidencia que el grupo por sí solo mantiene su dinámica, enfatizan en temas personales. Logran decir de forma directa pensamientos y emociones. Su interacción es



cada vez más espontánea. Identifican y validan con mayor facilidad sus emociones. Utilizan espontáneamente las pautas gestálticas. Existe mayor confianza y seguridad dentro del grupo. Asumen y se hacen cargo de su actuar y sentir. Identifican su voluntad y elección en las cosas que hacen.

Evolución Individual	
G.E.	Incómoda con actividad de contacto físico, lo reconoce y asume. Tiene dificultad para asumir su responsabilidad, es crítica consigo misma. Le cuesta reconocer que lo que tiene es producto de su elección, sobretodo en las cosas que rechaza. No profundiza en el reconocimiento de sí misma. Se evidencia conflicto existencial. Centrada en cumplir expectativas de su familia.
N.O.	Comenta "no estar de humor", sin embargo su participación es adecuada, su estado mejora al iniciar las actividades. Le incomoda realizar actividades de contacto físico. Reconoce cualidades de sí mismo, Muestra dificultad para profundizar en las preguntas existenciales y mostrarse. Expresa emociones con mayor facilidad, se hace cargo y se responsabiliza de sus acciones.
R.G.	Mejora su participación y su darse cuenta, interviene voluntariamente, se evidencia comodidad dentro del grupo, sus intervenciones son más centradas en sí mismo. Ha mejorado su estado de ánimo. Reconoce sus emociones, menos autocrítico, más centrado en el presente.
H.H.	Privilegia el sentir al pensar, muestra agrado con la actividad de contacto. Buen sentido del humor, reconoce muchas cosas de sí mismo. Muy pendiente del otro. Asume su responsabilidad ante sus elecciones.
M.P.B.	Mejor participación. Está más en el presente, mayor capacidad de darse cuenta. Reconoce fácilmente sus conflictos, los asume y los acepta, mejora su intervención. Pendiente de sí misma.
M.O.	Disfruta del contacto físico, buen sentido del humor, pendiente de cumplir las actividades adecuadamente, asume con responsabilidad sus elecciones. Menos conflictuada frente a su enfermedad.
D.C.	Llega puntualmente, mejora su estado de ánimo y su aspecto físico. Muy perceptiva y sensible en la actividad de contacto. Logra reconocer cosas de sí misma. Se hace cargo con más facilidad. Menciona sentir mucha carga de responsabilidad en relación con su familia. Expresiones de alegría. Menos preocupada por su enfermedad.

## Sesión # 11

**Fecha:** 1 de Diciembre de 2009

**Tema:** Cierre de la gestalt, Integración



- Autoconocimiento, Sentido de vida
- Aprender a vivir el presente
- Integración nacer/morir
- Expresión corporal

### **Evolución Grupal**

Asisten 6 participantes. Existe cohesión grupal. La sesión se inicia media hora tarde, se espera que llegue una de las participantes. Dentro del grupo se expresa situaciones personales. El grupo brinda espacio de confianza para expresión de emociones, se evidencia empatía. Muestran mayor creatividad y facilidad para expresión de sentimientos y experiencias. Disfrutan del contacto. Asumen la experiencia como propia, buena retroalimentación. Respetan el espacio psíquico del otro, no interrumpen la experiencia.

### **Evolución Individual**

G.E.	Utiliza el dialogo y la risa para evitar asumir ciertas emociones o situaciones. Finalmente logra integrar y realizar un buen insight. Se evidencia deseos de cumplir expectativas de su familia. Se da cuenta de la necesidad de un sentido de vida. Reconoce expresiones de su ego, reconoce ser prescindible y percedera. Conflicto a mostrar su parte femenina y permisiva.
N.O.	No asiste.
R.G.	Se evidencia una buena evolución, se encuentra más centrado en el presente, ha disminuido pensamientos negativos y catastróficos. Reconoce experiencias positivas y agradables de su vida. Se da cuenta de situaciones que le han producido sufrimiento y reconoce su aprendizaje. Reconoce el ciclo vida-muerte.
H.H.	Muestra sensibilidad y ternura, resistencia al hablar de la muerte, habla de situaciones personales con facilidad. Se muestra triste, poco comunicativo. Se evidencia necesidades afectivas,

	preocupación por el otro y como es visto por los demás. Muestra capacidad de liderazgo, buen elemento dentro del grupo para efectos transferenciales.
M.P.B.	Se encuentra triste por conflictos familiares. Llega tarde. Reconoce deseo de independencia ante el otro, necesidad de disminuir la atención hacia los demás. Siente confianza dentro del grupo, le permite expresar llanto y catarsis. Preocupación hacia sus hijos. Finalmente realiza buen proceso de darse cuenta.
M.O.	Preocupación en relación a la muerte, reconoce aspectos positivos de su vida. Reconoce la necesidad de cambios en su vida.
D.C.	Se evidencia mayor confianza en sí misma, se da cuenta de que no tiene sentido en su vida. No se evidencia preocupación, se encuentra tranquila. Mejor aspecto físico, reconoce ciertas características que rechazaba como ser egoísta.

## Sesión # 12

**Fecha:** 8 de Diciembre de 2009

**Tema:** Integración y cierre



- Lograr homeostasis entre el sí mismo y el organismo.
- Permitir la unidad por medio de la interacción y el movimiento.
- Generar interacción transpersonal.
- Propiciar espacio para concluir con el proceso terapéutico.

### Evolución Grupal

De acuerdo con lo planificado y con conocimiento de los participantes se da por terminado el proceso terapéutico según lo previsto al cumplir la duración y los objetivos de la terapia. Al iniciar la sesión los participantes se muestran entusiasmados y con expectativas sobre la finalización del proceso. En la etapa de confrontación se encuentran dispuestos y participativos, existe concentración y armonía en el desarrollo de la técnica. Hay integración de los participantes. Mejor contacto físico y visual. Al

finalizar la sesión se muestran emotivos, expresan su experiencia, deseo de continuar y agradecimiento.

Evolución Individual	
G.E.	Se encuentra emotiva, sensible, más centrada y comprometida con la actividad. Muestra deseos de desarrollo personal, interés en autoconocimiento. Expresa llanto por término de proceso.
N.O.	Colabora, se muestra sensible, expresa llanto, evita la comunicación verbal. Mejor contacto visual y físico. Mejor integración al grupo.
R.G.	Evita el contacto visual. Se mantiene distante. Sin embargo ha mejorado notoriamente su estado de ánimo. Colabora con la actividad, su interrelación es adecuada.
H.H.	Muy emotivo, expresivo, sensible, comparte palabras de agradecimiento al finalizar el proceso. Espontáneamente integra al grupo.
M.P.B.	Mejor estado de ánimo, preocupación al realizar la actividad, ansiedad ante su desempeño. Expresa tristeza por término de proceso. Muestra mayor facilidad para reconocer y satisfacer necesidades orgánicas.
M.O.	No asiste. Se encuentra fuera del país.
D.C.	Se encuentra alegre. Mayor confianza seguridad e independencia. Está menos ansiosa, disminuyen sus expectativas y temores

### 5.3. Resultados finales del proceso terapéutico

Luego de finalizar el proceso de terapia grupal se presenta a continuación los resultados obtenidos tanto en el grupo como de forma individual.

#### 5.3.1. Resultado Grupal

Se comprobó en la práctica lo planteado por Rogers (1974), en el sentido de que el cambio se iba dando regular y progresivamente a través de ciertas etapas. Se puede observar en el registro de evolución por sesiones, como el grupo logró:

- Confianza básica en el proceso
- Experimentación adecuada de sentimientos
- El sí mismo se manifiesta como un proceso que inspira confianza

- Hay flexibilidad y la comunicación interna es clara
- Mayor congruencia entre el self y el organismo
- Ambiente de aceptación incondicional

Lo experimentado por los participantes se socializó en el grupo y potenció el cambio en el resto de las participantes. Otra implicancia sobresaliente del trabajo en grupo fue que los participantes fueron ayudadas y por otra parte brindaron ayuda.

Considerando que los pacientes con trastorno depresivo tienden a estar orientados hacia el pasado y focalizados principalmente en los aspectos negativos de sus vidas se logró a través de la aplicación de los principios terapéuticos gestálticos una visión más adaptativa y centrada en el presente. Además se consiguió:

- Brindar el espacio adecuado para que experimenten y validen su experiencia.
- Que el grupo funcione como un organismo independiente, capaz de autorregularse.
- Que confíen en ellos y adquieran herramientas y habilidades sociales para manejar su condición y disminuir sintomatología.
- Autoconocimiento que permite el desarrollo de potencialidades y autorrealización.
- Interiorización y aplicación de principios gestálticos y emplearlos en la vida cotidiana.

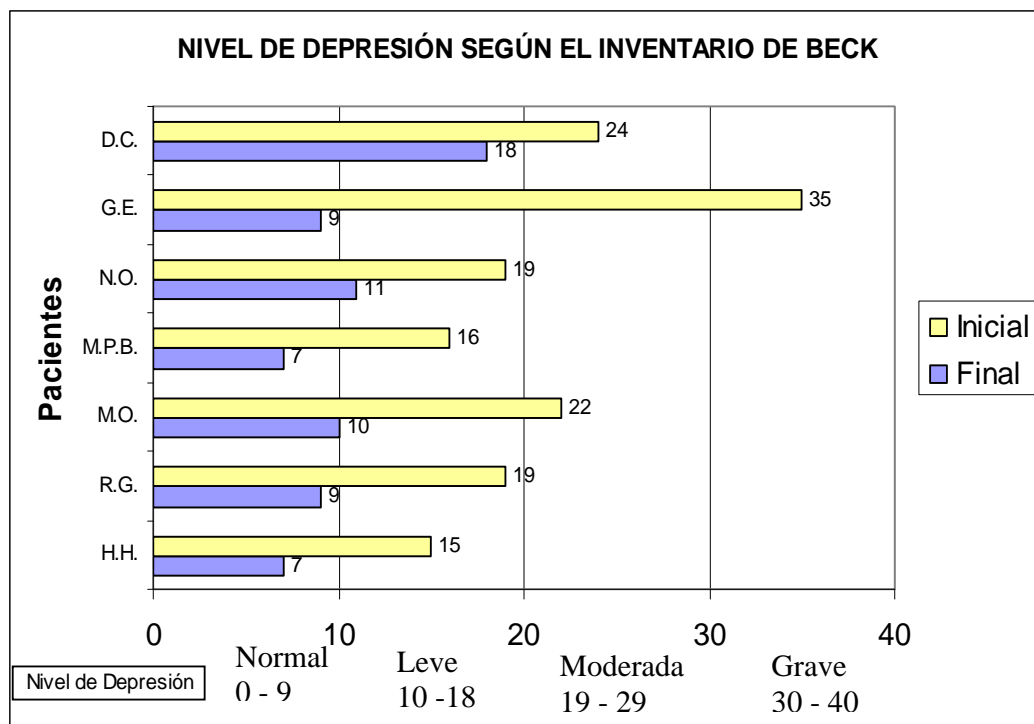
### **5.3.2. Resultados individuales**

Durante la aplicación del dispositivo terapéutico cada uno de los participantes consiguió distintos avances que se especifican a continuación

NOMBRE	EVOLUCIÓN FINAL
G.E.	Su evolución en este proceso se ha centrado en autoconocimiento, el uso de herramientas para asumir y enfrentar situaciones conflictivas, disminución de visión negativa de sí misma y el futuro. Disminuye su tristeza
N.O.	Su evolución en este proceso se ha centrado en desarrollar habilidades sociales, sobre todo en interrelación y comunicación, identificarse con compañeros. Mejoría en su estado de ánimo. Cambia su visión catastrófica hacia la enfermedad, el grupo le permite universalización.
R.G.	Su evolución en este proceso se evidencia a través de una notable mejoría en su estado de ánimo. Integración de aspectos rechazados de su pasado.
H.H.	Su evolución en este proceso se caracteriza por un avance en dar privilegio al sentir sobre el pensar. Pone límites adecuados entre el Yo y el ambiente, asume sus propias responsabilidades.
M.P.B.	Su evolución en este proceso muestra un avance en cuanto a la congruencia entre el self y el organismo. Logra reconocimiento de capacidad de autorrealización.
M.O.	Aprende herramientas para mejorar su visión negativa del mundo. Su sentido de responsabilidad está dirigido hacia ella. Disminuye su ansiedad y está más centrada en sí misma. Encuentra sentido de vida.
D.C.	Su evolución en este proceso presentó fluctuaciones en su estado de ánimo. Logró catarsis, reconocimiento de capacidad de exploración del sí mismo. Identificación de la necesidad de sentido de vida.

### 5.3.3. Cuadros comparativos según puntajes de reactivos aplicados

Al iniciar y al finalizar el proceso terapéutico se aplicó, a cada uno de los participantes, el inventario de depresión de Beck y la escala de Hamilton para la depresión. Se presentan los siguientes resultados:



**Gráfico 5. 1** Nivel de depresión según inventario de Beck

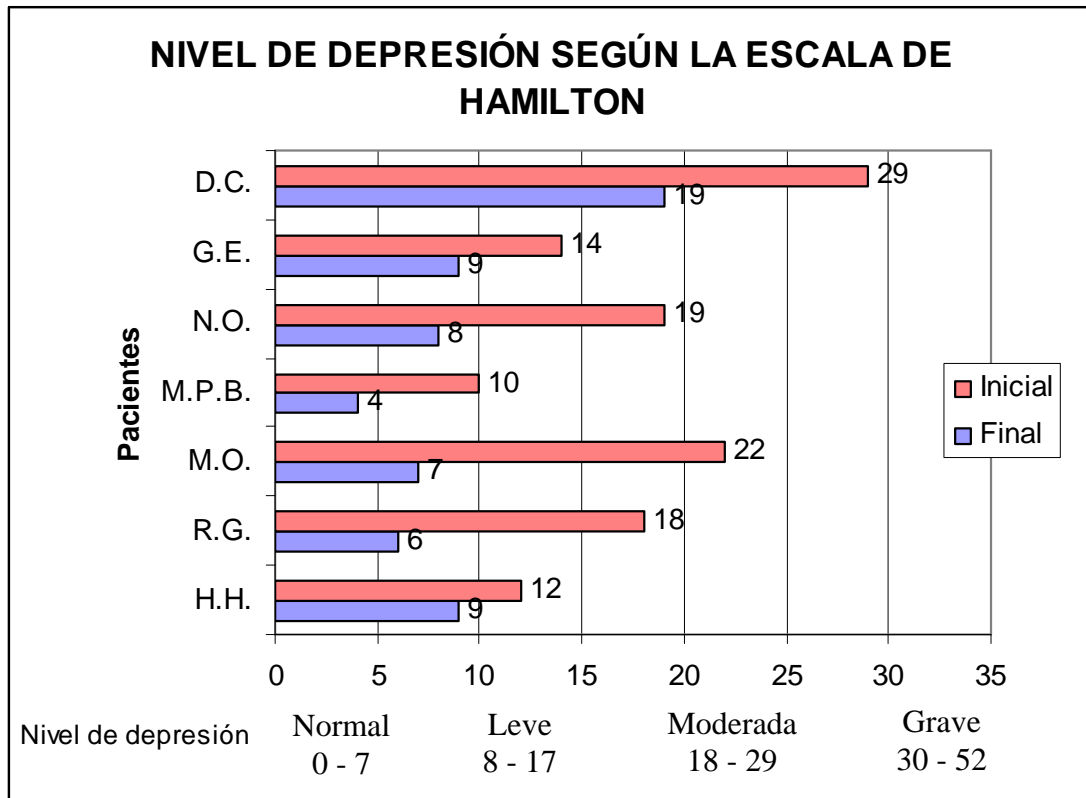


Gráfico 5. 2 Nivel de depresión según escala de Hamilton

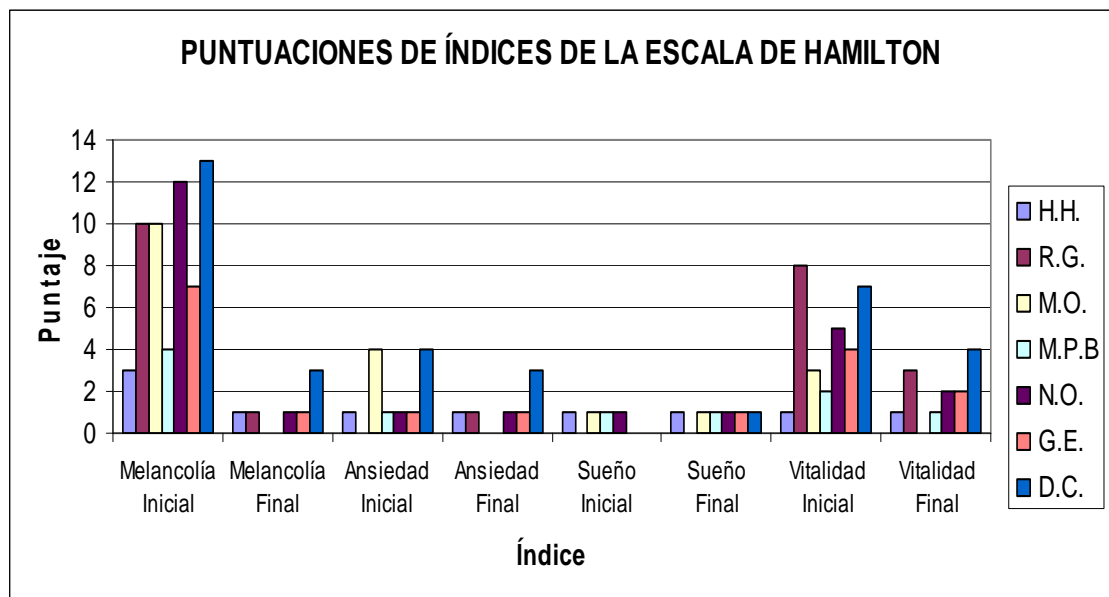


Gráfico 5. 3 Índices de la escala de Hamilton



## **Conclusiones**

Se ejecutaron las sesiones sin inconveniente según la planificación propuesta en el dispositivo. Los objetivos planteados se cumplieron para la mayoría de participantes, quienes colaboraron, se encontraban motivados, con disposición al cambio e interés en la búsqueda de una mejoría frente a su condición. La asistencia de los integrantes fue regular, con un bajo índice de abandono.

La confianza y aceptación incondicional brindadas permitió que los participantes encuentren el espacio adecuado para el desarrollo de sus potencialidades.

Como se evidencia en la evolución y resultados señalados anteriormente, los niveles de depresión disminuyeron, existe un progreso favorable en la mayoría de pacientes, cada uno experimentó cambios según necesidades particulares. La terapia grupal sirvió para adquisición de herramientas, el autoconocimiento y autorregulación orientados a mejorar su calidad de vida.

## CONCLUSIONES

Al finalizar el desarrollo de este trabajo consideramos que los objetivos planteados se cumplieron. Se evidencia que desde el paradigma humanista gestáltico se puede generar un modelo de terapia eficiente, con objetivos claros, intervenciones breves y efectivas.

El dispositivo aplicado funcionó eficazmente dentro del grupo, constituyendo un proyecto factible al cual se puede dar continuidad y aplicar no sólo en pacientes depresivos; ya que, el modelo permite abordar la problemática de distintos trastornos con procedimientos similares de intervención, manteniendo parámetros de inclusión y exclusión. La teoría humanista permite no depender de un diagnóstico.

Colegimos que cuando el ser humano tiene el ambiente y la oportunidad, por naturaleza tiende al autodesarrollo; el modelo terapéutico implementado ofreció este espacio.

En los resultados de la aplicación se evidencia que el dispositivo funcionó. La aplicación del inventario de depresión de Beck y la escala de depresión de Hamilton muestran niveles iniciales de depresión moderado y grave; luego del proceso terapéutico en la aplicación del retest los resultados finales muestran niveles de depresión leve o normal.

A la observación individual de la evolución de los participantes concluimos que existió mejoría en cuanto a la dinámica de cada paciente en relación a factores como: reconocimiento y expresión del sí mismo, respuesta a sus necesidades orgánicas, mejora en habilidades sociales, visión más positiva sobre sí mismos, el presente y su condición; hacen uso de herramientas terapéuticas que mejoran notablemente su calidad de vida.

## RECOMENDACIONES

Luego de finalizar este trabajo se recomienda:

- Para la organización del grupo de participantes, que formaran parte del proceso terapéutico, se debe considerar la diversidad de género y de edad; pues, esto permite un mejor desarrollo de los factores terapéuticos.
- En la fase previa de diagnóstico y selección del paciente se recomienda conocer aspectos situacionales que podrían influir en su participación o abandono de la terapia.
- Los encuentros preparatorios, previos al inicio de la terapia grupal crean un ambiente de confianza entre el terapeuta y paciente facilitando posteriormente su inclusión y motivación dentro del proceso.
- Mantener terapia paralela para reconocer aspectos que pueden implementarse en el grupo y para complementar el tratamiento.
- Dar continuidad a la aplicación del dispositivo propuesto como un nuevo servicio que presta la institución.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO Anne, SWILLER Hille. "Psicoterapia de grupo en la práctica clínica". México. Editorial Manual Moderno. 1995.
- BECK A. "Terapia Cognitiva de la depresión". 15ª edición, editorial Descleé de Brouwer, España 2003.
- BOBES Julio. "Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica", Barcelona. Editorial Ars Médica. 2004. Tercera edición.
- FRANKL Víctor, "Ante el vacío Existencial". Barcelona. Editorial Herder. 1994.
- FRANKL Víctor, "El Hombre en Busca de Sentido". Barcelona. Editorial Herder S.A. 2004. 1era. edición.
- GUIMÓN José. "Manual de terapias de grupo. Tipos, modelos y programas". Madrid. Editorial Biblioteca nueva. 2003.
- KAPLAN Harold, SADOK Benjamin. "Terapia de Grupo". España. Editorial médica Panamericana. 1996. Tercera edición.
- LOEW Vivian, FIGUEIRA Guillermo. "Juegos en dinámica de grupo", Buenos Aires. Editorial Club de Estudio. 1996.
- LÓPEZ Juan, ALIÑO Ibor. "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV TR". Masson. 2002.
- NARANJO Claudio. "La vieja y novísima Gestalt: Actitud y Práctica", Chile. Editorial Cuatro Vientos. 2000. Quinta edición.
- PERLS Frederick. "Sueños y Existencia. Terapia Gestáltica". Chile. Editorial Cuatro vientos. 2003. 16ª edición.
- PRADA Rafael. "Escuelas Psicológicas y Psicoterapéuticas". Colombia. Editorial San Pablo. 1998. 4ta edición.
- Retamal Pedro, "Depresión Clínica y terapéutica", Editorial mediterráneo, Chile, 2003.
- ROGERS Carl. "Psicoterapia centrada en el cliente". Barcelona. Editorial Paidós. 1981. Primera edición.
- ROGERS Carl. "Grupos de encuentro". Buenos Aires. Editorial Amorrourto. 2004. Primera edición.
- ROGERS Carl. "Terapia, personalidad y relaciones interpersonales". Buenos Aires. . Editorial Nueva Visión. 2002. Primera edición.
- STEVENS John, "El darse Cuenta". Santiago de Chile. Editorial 4 vientos. 1976. Reimpresión 2005.

- TORO Ricardo, YEPES Luís. "Psiquiatría". Colombia. Editorial Corporación I.B. 2004. 4ta edición.
- TYSON Gary Michael y MILLER Lillian Range "La depresión: Comparación entre la Gestalt y otros puntos de vista". The Gestalt Journal, Vol. IV, No.1
- VARAS Patricio. "Primeros escritos. Mi experiencia en desarrollo personal". Chile. Fundación Cre -Ser. 2002. Primera edición.
- [www.msp.com](http://www.msp.com). Datos estadísticos del Ministerio de salud pública del Ecuador. [consulta 11 junio de 2009]