



UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

**UNIVERSIDAD
ACADEMIA
DE HUMANISMO CRISTIANO**

Carrera de Psicología

**VIVENCIAS DE MUJERES DIAGNOSTICADAS CON DEPRESIÓN
MODERADA QUE PARTICIPAN EN UN TALLER GRUPAL DE
ORIENTACIÓN GESTALTICA**

Profesor Guía : María Elena Concha

Metodología : Genoveva Echeverría Gálvez

Profesor Informante : Pamela Reyes H

Alumno : Esteban Sebastián Muñoz Valdés

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología y

Título de Psicólogo

Santiago, Abril de 2008

Agradecimientos

Agradezco a Dios la posibilidad de encontrarme en esta etapa de mi vida, debido a que es por él que estoy en este mundo y me he constituido en él ser humano que hoy soy y que escondo bajo un nombre, un cuerpo y uno que otro rol.

A mi familia la que me ha acompañado y ha contribuido en mi crecimiento personal y como profesional. Agradezco sinceramente a mis padres Ramón Muñoz y Sandra Navarro, que siempre estuvieron ahí, me formaron y estuvieron presente en la construcción del hombre que ahora soy, que me han acompañado en mis tristezas y alegrías y me han sabido brindar el abrazo calido cuando ha sido necesario.

A mi abuela Sonia Vidal que sin querer ha sido participe en mi construcción como profesional, por apoyarme sin peros en este camino tan largo de formación.

A todos los docentes que me han entregado los conocimientos que me han permitido conocer lo bella que es la carrera de psicología, en especial a Maria Elena que me ayudo a comprender que somos seres humanos antes de todo.

A todos mis amigos que han participado en mi proceso de formación, en especial a Paula, Antonio, Bárbara, Mauricio y Daniel, que me acompañaron en los momentos más difícil de estos 6 años y compartimos vivencias inolvidables.

Agradezco especialmente a Nicolás Muñoz, que llego en el preciso momento, que me lleno de alegrías y vitalidad, me motivo a seguir siempre adelante y con sus sonrisas llenaba mi vida.

Y a todos los que no aparecen aquí pero que han sido importantes en mis procesos de vida y formación profesional. A todos los quiero mucho.

Dedicatória

Dedico esta Tesis a mis padres, por que gracias a ellos, su apoyo, su amor,

su compañía y fuerzas, me encuentro hoy terminando este proceso.

Ha aurora, por darme la vida y dejarme ir en el preciso momento.

A mi familia en especial a mi abuela y abuelo Ruperto Neira, por que se

juntaron en un momento difícil y pudieron sacar a la familia adelante.

A Paula mi ex pareja y Antonio mi mejor amigo, ambos me acompañaron en

las buenas y las malas, especialmente cuando se fué Nicolas.

A los que hoy no están, pero que aportaron enormemente en mi existir, a

Richard Neira y Julia González.

A Odette, por aguantarme, acompañarme y estar conmigo incondicionalmente.

A Nicolás Muñoz, quien desde que supe que venia fue el motor de mis esfuerzos,

te la dedico a ti mi hijo hermoso que me dejaste sin saber por que. Dios quiera

que la vida nos vuelva a juntar para que sepas lo mucho que te amo.

RESUMEN

La presente investigación fue realizada desde la corriente psicológica de la Gestalt. Se realiza un acercamiento a las vivencias que tienen mujeres diagnosticadas con depresión moderada. Se hacen uso de técnicas de orientación gestaltica, para realizar este acercamiento en cada participante del taller, buscando trabajar la toma de conciencia, el darse cuenta y el mejorar el contacto en las pacientes que padecen de esta patología.

La metodología implementada es Cualitativa y en cuanto a las técnicas de recolección de información que se utilizaron, es la entrevista semi estructurada, cuestionarios de preguntas abiertas (como tareas para el hogar) y la observación participantes. Las que permitieron conocer las vivencias de las mujeres estudiadas.

La muestra fue de tres mujeres de un centro de atención primaria del sector sur de la capital, desacierto a la hora de plantearse la investigación -por el número de participantes que ingreso al taller-, debido a que se trata de un grupo terapéutico. Sin embargo, el poco número de sujetos permitió mantener relaciones interpersonales ricas y calidas.

Entre los aciertos de la investigación se encontró la adherencia al tratamiento por parte de las pacientes, la remisión de algunos síntomas y la mayor capacidad de conocerse que tuvieron las participantes del taller.

Se finaliza con una reflexión por parte del investigador en cuanto a ser humano que investiga y trabaja con otros seres humanos.

INDICE

Agradecimientos	Pág. 2
Dedicat3ria	Pág. 3
RESUMEN	Pág. 4
1. INTRODUCCI3N	Pág. 10
2. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	Pág. 12
2.1 Formulaci3n del Problema	Pág. 20
2.1.1 Pregunta de Investigaci3n	Pág. 23
2.2 Aportes y Relevancias	Pág. 23
2.3 Objetivos de la Investigaci3n	Pág. 25
2.3.1 Objetivo General	Pág. 25
2.3.2 Objetivos Específicos	Pág. 25
3. MARCO TEORICO	Pág. 26
3.1 Acercamiento Fenomenol3gico	Pág. 26
3.2 La depresi3n	Pág. 32
3.2.1 Criterios De Diagnostico Para La Depresi3n Moderada CIE-10	Pág. 34
3.3 Hip3tesis te3ricas de la depresi3n	Pág. 38
3.3.1 Psicoanálisis	Pág. 38
3.3.2 Hip3tesis de Freud de la Melancolía	Pág. 38
3.3.3 Depresi3n y Cuerpo desde el Psicoanálisis	Pág. 39
3.3.4 Terapia Psicoanalista	Pág. 41
3.4 Psicología Cognitivo - Conductual	Pág. 42
3.4.1 Hip3tesis Cognitivo-Conductual de la Depresi3n	Pág. 42
3.4.2 Hip3tesis de Aar3n Beck	Pág. 43

3.4.3 Terapia Cognitivo-Conductual	Pág. 44
3.5 Psicología Humanista	Pág. 45
3.6 Psicología de la Gestalt	Pág. 46
3.6.1 Breve Historia	Pág. 46
3.6.2 Fundamentos de la Gestalt	Pág. 48
3.6.2.1 Fundamentos Filosóficos	Pág. 48
3.6.2.2 Fundamentos Psicológicos	Pág. 51
3.6.3 Conceptos básicos	Pág. 53
3.6.3.1 Gestalt	Pág. 54
3.6.3.2 Darse cuenta	Pág. 55
3.6.3.3 Aquí y ahora	Pág. 57
3.6.3.4 Figura y fondo	Pág. 58
3.6.3.5 Homeostasis y la autorregulación orgánica	Pág. 60
3.6.3.6 Holismo	Pág. 62
3.6.3.7 Auto-apoyo	Pág. 63
3.6.3.8 Contacto:	Pág. 64
3.6.3.9 Campo psicofísico	Pág. 67
3.6.3.10 La Diferenciación y la dialéctica de las polaridades	Pág. 67
3.6.3.11 Salud y Funcionamiento Normal en Gestalt	Pág. 68
3.6.3.12 Lo Anormal y psicopatológico	Pág. 70
3.6.3.13 La Personalidad: el “Yo”	Pág. 72
3.7 Ciclo de la experiencia	Pág. 75
3.7.1 Mecanismos de Defensa en el Ciclo de la Experiencia	Pág. 78
3.8 Proceso Grupal Gestáltico	Pág. 81

3.8.1 Rol del terapeuta en el grupo	Pág. 83
3.9 Terapia Gestaltica	Pág. 85
3.10 Depresión desde el punto de vista gestaltico	Pág. 88
3.10.1 Perro de arriba y perro de abajo	Pág. 88
3.10.2 Depresión como Forma de auto agresión	Pág. 90
4. MARCO METODOLOGICO	Pág. 93
4.1 Enfoque Metodológico	Pág. 93
4.2 Tipo y Diseño de Investigación	Pág. 94
4.3 Delimitación de Campo a Estudiar	Pág. 96
4.3.1 Universo	Pág. 96
4.3.2 Muestra	Pág. 96
4.3.3 Tipo de Muestra	Pág. 96
4.4 Procedimientos de Trabajo de campo	Pág. 99
4.4.1 Taller	Pág. 99
4.4.1.1 Requisitos	Pág. 99
4.4.1.2 Objetivos del taller	Pág. 100
4.4.1.3 Reglas del grupo	Pág. 102
4.5 Módulos	Pág. 102
4.5.1 1era sesión	Pág. 102
4.5.2 2da sesión	Pág. 102
4.5.3 3ra sesión	Pág. 103
4.5.4 4ta sesión	Pág. 103
4.5.5 5ta sesión	Pág. 104
4.5.6 6ta sesión	Pág. 104
4.5.7 7ta sesión	Pág. 104

4.5.8 8va sesión	Pág. 105
4.6 Recolección De Datos	Pág. 105
4.6.1 Técnicas de recolección de Información	Pág. 105
4.6.1.1 Entrevista semi-estructurada	Pág. 105
4.6.1.2 Observación Participante	Pág. 109
4.6.1.3 Cuestionario de preguntas abiertas	Pág. 111
4.6.1.3.1 Cuestionario “Escáner de la expresión”	Pág. 111
4.6.1.3.2 Cuestionario “Como trato y como quiero que me traten”	Pág. 114
4.6.1.3.3 La actitud positiva	Pág. 115
4.7 Plan De Análisis De La Información	Pág. 116
4.7.1 Análisis de las entrevistas y cuestionarios	Pág. 117
4.7.2 Análisis de la observación	Pág. 120
5. ANALISIS Y RESULTADOS	Pág. 121
6. CONCLUSIONES Y DISCUSION	Pág. 164
6.1 Aciertos de la investigación	Pág. 176
6.2 Desaciertos de la investigación	Pág. 178
6.3 Síntesis	Pág. 180
7. REFLEXIONES DEL AUTOR	Pág. 182
8. BIBLIOGRAFÍA	Pág. 185
Anexo 1 Taller grupal de orientación gestaltica	Pág. 192
Anexo 2 Observaciones grupo de orientación gestaltica	Pág. 216
Anexo 3 Trascrición cuestionarios y entrevistas	Pág. 237
Anexo 4 Cuadro Análisis del Discurso	Pág. 265

1 INTRODUCCIÓN

Desde la mirada de la psicología (especialmente la psicología aplicada a la clínica), es básico buscar el bienestar psico-emocional de los individuos. Es así; que desde que el hombre comienza a tener conciencia de sí mismo y de los otros, ha procurado buscar los orígenes de la desdicha y de la felicidad. Y no son pocos los pensadores, filósofos y psicólogos, que han investigado, y teorizado, llegando a constituir paradigmas explicativos acerca del individuo, la tristeza, desamparo, desdicha y felicidad etc., contribuyendo al bienestar general de los seres humanos.

En esta investigación se hace un pequeño recorrido acerca de teorías que explican la depresión y su sintomatología, especialmente haciendo hincapié en tres grandes modelos de la psicología, el Psicoanálisis, la Terapia Cognitivo – Conductual y el Humanismo y dentro de este enfoque especialmente la escuela de la Gestalt.

Para la elaboración de esta investigación se utilizaron tres tipos de fuentes documentales, fuentes primarias, secundarias y terciarias. Las fuentes primarias son todos los textos realizados por autores pioneros en los temas, “proporcionan datos de primera mano”. Ya sea textos, tesis, monografías, disertaciones, documentos oficiales, entre otros. Las Fuentes secundarias, son aquellos textos que “procesan la información de primera mano”. Finalmente las fuentes terciarias son aquellos textos, compilaciones de compilaciones, ejemplo de éstas, artículos editados en Internet, revistas, etc.

El lector se encontrará con una investigación que trata de dar a conocer la vivencia de un grupo de mujeres que padecen depresión, que participan en un

taller de orientación humanistas-gestaltica. Teniendo en cuenta que esta enfermedad es un estado conformado de un conjunto de sentimientos y sensaciones subjetivas que corresponden a vivencias anteriores. Así mismo, tendrá un acercamiento de la teoría gestaltica en donde se definen conceptos como: Gestalt, contacto, darse cuenta, lo normal y lo anormal, la depresión, entre otros.

Entre los autores citados se encontraran con: Fritz Perls, Celedonio Castanedo, Salama, Latner, Faber y Mena, las dos últimas ex alumnas de la UHAC.

El autor se ocupo de realizar un análisis de las entrevistas y observaciones que se realizaron en el taller, lo que permite tener una aproximación al vivenciar de las mujeres.

Se espera que esta tesis sirva tanto a profesionales de la salud, como a distintas personas que necesiten explorar en el tema de la depresión moderada y las vivencias de las personas que la padecen. Psicopatología que es más que solo un diagnostico, es un vivenciar frustraciones, miedos y penas; generando un ser humano estancado en sus energías.

2 ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo moderno en que hoy vivimos, hay que estar constantemente haciendo usos de nuestras capacidades adaptativas, con el objeto de ser considerados aptos para este mundo de competitividad. La tecnología produce cambios vertiginosos en la forma que tenemos de comunicarnos y de relacionarnos. La sociedad va a una velocidad astral y paralelamente con ella, los trastornos de salud Psico-emocional, crecen en proporción a esta velocidad. Es así; que los Estados del mundo deben hacerse cargo de las nuevas patologías psicológica, con el objeto de mantener una proporción de humanos que generen productividad.

El Estado de Chile no es ajeno a esta realidad, y por ello ha creado La Unidad De Salud Mental dependiente del departamento De Salud De Las Personas Y De La Regulación Sanitaria del MINISAL, la que se plantea como misión “Contribuir al bienestar de las personas, aportando desde el ámbito de la salud mental a la satisfacción de sus necesidades de salud y una convivencia social solidaria y favorecedora del desarrollo humano integral” (MINISAL, 2007, Mayo 29) Con el objeto de permitir una mejor calidad de vida y acceso de intervención para las personas que padezcan de algún trastorno mental.

Desde el año 2000 se está implementando gradualmente un Modelo de intervención desde el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el cual establece como prioridades; la Promoción y prevención en salud mental, Los trastornos de salud mental asociados a la violencia: maltrato infantil, VIF y represión política 1973-1990, trastorno de hiperactividad/ de la atención en niños y adolescentes, depresión, trastornos psiquiátricos severos: esquizofrenia, alzheimer y otras demencias, y abuso y dependencia de alcohol y drogas.

(MINISAL, 2007, Mayo 29)

En los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se prevé que la depresión sea para el año 2020 la segunda causa de discapacidad en el mundo, por otro lado la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó en el año 2001, que en América latina existían alrededor de 25 millones de personas con depresión, con una prevalencia que oscila entre el 5 y el 9% en la población general, la que tiene una clara tendencia a aumentar esperándose para el año 2010 unos 35 millones de personas afectadas por este trastorno.

Según investigaciones, la depresión es una de las enfermedades de mayor prevalencia en el mundo, estimándose que 121 millones de personas la padecen, produciendo importantes secuelas en el ámbito personal, familiar, psicosocial y económico (World Health Organization [WHO], 2003). Siendo los pronósticos a futuro nada alentadores, se calcula que en el 2020, la depresión será la primera causa de baja laboral en las naciones desarrolladas y la segunda enfermedad más frecuente en el planeta, tras la cardiopatía. (Minoletti, 1999). Produciendo importantes secuelas tanto a nivel personal, familiar, psicosocial y económico.

Las personas con depresión experimentan el doble de mortalidad que la población general y sufren mayores limitaciones en su funcionamiento Psicosocial que aquellas con enfermedades físicas crónicas como hipertensión y diabetes (MINISAL, 2007, Junio 3, p.1). Además se ha podido estimar que de un 20 a un 40% de los pacientes hace intentos de suicidio en el curso de su vida, lo que conlleva a la problemática de un 15% de suicidios (OMS, 2000).

En nuestro país, la depresión, es la segunda causa de AVISA en mujeres (años de vida saludables perdidos por discapacidad y muerte prematura). Esta

patología es al menos dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y tiene elevados costos directos e indirectos. Es responsable de un tercio de los días de trabajo perdidos debido a enfermedad, concentrando más del 40% de las licencias medicas y representa al menos un 25% de las consultas de médicos generales en la atención primaria (MINISAL, 2007, junio 3, p.2)

Si bien existe un aumento de la depresión en el mundo, Santiago, sin embargo, exhibe las cifras más altas que el promedio de otras ciudades de Latinoamérica. En el 2004, los antidepresivos encabezaron la lista de los medicamentos para la salud mental más vendidos en nuestro país (Villafrade 2007)

Es por lo anterior que en las patologías AUGE, se considera a la depresión como prioridad en las patologías psiquiátricas.

Sin embargo, antes que la depresión fuera una patología AUGE, desde el año 2001, el Ministerio de Salud ha implementado el “Programa De Detección, Diagnostico Y Tratamiento Integral De La Depresión” en 309 comunas del país. En el cual se han atendido alrededor de 110.000 personas con el diagnostico de depresión y solo el 7% de ellas (7.500) han sido derivadas para atención especializada en el nivel secundario.” (MINISAL 1998, p.2)

Entre quienes están diagnosticados con depresión actualmente en el Programa Nacional el 92% de las personas tratadas corresponde al género femenino, con un promedio de edad de 42 años, con antecedentes de episodios depresivo previo (60%) y escasa participación y apoyo en la red social (56%).(MINISAL 1998 p.2).

En nuestro país, de los trastornos de salud mental y psicosociales más frecuentes entre la población que se atiende en los consultorios o centros de salud,

la depresión –menor o mayor- es uno de los problemas de Salud más importantes (MINISAL, 1998. pp 7). La persona con depresión manifiestan síntomas diversos como; bajo estado del ánimo, tristeza, desgano, pérdida de interés y placer. En lo cognitivo presenta una disminución de la concentración, indecisión, fallas de memoria, perdida de confianza, sentimientos de culpa, pesimismo, deseos de muerte o ideación suicida, aparecen expectativas de fracaso, desesperanza perdida de fé. Asimismo se ve afectada la actividad motora, inhibición o agitación y manifestaciones somáticas como alteración del sueño, disminución del apetito y del deseo sexual. Del mismo modo se afectan las sensaciones corporales, aparecen dolores de cabeza o malestares musculares, en casos muy complejos inhibición motriz, cambios en la vitalidad y síntomas viscerales como molestias intestinales, cardiovasculares o ginecológicas y otros síntomas. (CIE 10)

En base ha lo expuesto; es claro que la Depresión es un trastorno mental de relevancia a nivel mundial. El cual ha sido estudiado desde hace mucho tiempo por distintos pensadores, existiendo diversas teorías que explican el fenómeno de la depresión. En la teoría psicoanalítica, Freud (1917) postulaba en su ensayo duelo y melancolía, que esta se debía en una primera instancia a la perdida del objeto, luego a la ambivalencia (2) y finalmente por la regresión de la libido al Yo (3). Luego en 1922, diría que la melancolía se debería a severidad del superyó, que manifestaría su rabia contra un yo indefenso. Y esta agresión si no es expresada hacia fuera, terminara por volverse contra el individuo. Se habla que la persona introyectará la agresión hacia si mismo. En la actualidad el psicoanálisis contempla a la depresión como “como una agresión vuelta hacia el yo en él que reside un objeto interiorizado que tiene para el sujeto una significación ambivalente de amor y odio. Apoyándose en esta visión el psicoanálisis explora

en la memoria pasada del paciente buscando la causa que genera la ambivalencia y la autoagresión, también busca fortalecer el yo para que pueda oponerse a los impulsos agresivos del superyó”. (Martínez 2006 pp. 3)

La teoría cognitivo-conductual, da cuenta que a grandes rasgos la depresión se debería a un resultado de pensamientos inadecuados, falta de refuerzo y indefensión aprendida. La que iría unida a experiencias tempranas de desemparo.

Desde este enfoque, se ha diseñado el programa grupal de depresión propuesto por el Ministerio de Salud, el cual se basa en gran medida desde el modelo teórico planteado por A. Beck. Es así, que el MINISAL propone para el tratamiento grupal de la depresión, en los centros de atención primaria, un enfoque teórico Cognitivo-conductual, con técnicas psicoeducativas, en donde se utilizan guías para orientar el tratamiento de este trastorno, ocupándose principalmente de los efectos cognitivos-emocionales y conductuales de las personas que lo padecen. “Sin embargo; se detecta que no se han podido incorporar en forma sistemática aún, esquemas de tratamiento específicos y adecuados para la depresión, así como esquemas de seguimiento que aseguren la resolutivez de las acciones” (MINISAL 1998). En dicho tratamiento se puede encontrar a simple vista en su lectura y puesta en ejecución un déficit en el énfasis del darse cuenta de los síntomas, el tomar conciencia de lo que ocurre en las sensaciones, las emociones, los pensamientos, creencias, entre otras y el estado psicofísico de la persona que padece el trastorno; estado de vital importancia, debido a que “cuando el motivo de consulta es morbilidad, la mayoría de las veces corresponden a dolencias físicas y en una proporción menor a síntomas de salud mental” (MINISAL 1998 pp 13) y que es olvidado en el actual programa de tratamiento grupal.

En gestalt podemos entender que la depresión a grandes rasgos, es la patología que representa a todo lo introyectado de los pacientes y que se instalan en la personalidad del individuo, sin olvidar que todo lo que la persona introyectó, fue por medio de los sentimientos de vergüenza, miedo de dejar de ser amado, la culpa, el castigo, el abandono, etc. Lo que se instala en la persona y que a lo largo del tiempo y del desarrollo se manifiesta en los sentimientos de inferioridad, desamparo, incompetencia, etc.; por ello cuando estos sentimientos rememoran en el presente sentimientos del pasado, da cuenta que la Gestalt no está cerrada y que existen conflictos sin solución.

Martínez postula que desde una perspectiva Gestáltica la depresión es vista como el producto de un conflicto entre dos segmentos de la personalidad que se han disgregado y polarizado estos dos componentes de la personalidad fueron denominados por Perls como "perro de arriba" y "perro de abajo". (Matinez 2006), mientras que Adriana Schanake postulaba que esta patología se deberá a la polaridad víctima-omnipotente.

Zinker entiende que la Depresión se debería a la “interrupción entre conciencia y movilización de energía”, en donde la energía se encontraría bloqueada para poder realizar acciones “por miedo de excitarse o sentir emociones”. En esta etapa del ciclo de la experiencia, la defensa ocupada por la persona que se encuentra bloqueada a este nivel es la retroflexión, la persona retroflectora “se vuelve contra sí mismo, en vez de volverse contra aquellos que lo disgustan”. (Zinker 1977) Defensa que bloquea su acción generadora de contacto con el entorno, y no le permite nutrirse de su propia energía. Esta defensa la podemos relacionar con los síntomas que caracterizan al trastorno depresivo: tristeza, falta de motivación, desgano, desesperanza, pérdida de interés

y placer, tensión, apatía, disminución de la concentración, indecisión, pérdida de confianza, etc. (MINISAL 1998)

Esta investigación se realizó desde el enfoque humanista-gestaltico con el objeto de conocer las vivencias de mujeres que padecen depresión moderada en un grupo terapeutico de orientación gestálticas; grupo que tuvo técnicas basadas en el “darse cuenta”, el concepto de “contacto” y el “aquí y el ahora”. Con el propósito que ellas logren comprender su sintomatología, mejoren su desarrollo personal y se conozcan así mismas. Para que la persona logre a mediano plazo darse soporte así mismo en su “proceso depresivo”, conociendo su malestar, asumiéndolo y mejorándolo.

Como postulo Frits perls, buscando como meta final que la persona logre limpiar sola su propio trasero; ello implica la transición de recibir soporte del medio a darse soporte a si mismo. En otras palabras pasar de ser dependiente a ser independiente” (Castanedo 1988, pp 13) de alguna manera lo que se propone que a medida que la persona va adquiriendo herramientas y comprendiendo sus procesos, puede empoderarse de su vida y dirigirse –como lo diría Maslow- hasta la autorrealización.

Es así que inspirado en el enfoque humanista-gestaltico se pretendió en la investigación trabajar la interrelación que tenemos como seres humanos desde una mirada Holista: Mente-cuerpo-Emoción-Espiritual-sociedad, integrando en una sola unidad todas las dimensiones humanas. Con Técnicas como Imaginerías, trabajo corporal, movilización energética, desbloqueando para avanzar a otra etapa de experiencia (Interrupción entre conciencia y movilización de energía), técnicas de respiración, entre otras, con el objeto último que las personas

adquieran conciencia de si misma y comprendan su sintomatología, pudiendo controlarla.

2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Como el lector se podrá dar cuenta en Chile el trastorno depresivo va en aumento, y aun cuando el estado se ha preocupado por el tratamiento de esta patología, aun queda mucho por hacer.

Como se reflejan en los objetivos del Programa De Salud Mental Y Psiquiatría, es de suma importancia, “Desarrollar factores protectores de la salud mental en la población beneficiaria, detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales mediante intervenciones de costo efectividad sustentada en evidencia, mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales de larga evolución y de sus familiares y/o cuidadores” (MINSAL). Todo lo cual indica que existe una preocupación desde las autoridades por el bienestar como ser humano de las personas que padecen de algún trastorno mental. Pero, aun cuando, los objetivos se ven logrados, el problema de la depresión no ha disminuido.

Si bien el tratamiento propuesto por el MINISAL para la depresión ha tenido efectos en la remisión de la sintomatología depresiva, incorporando un tratamiento farmacológico basado principalmente en antidepresivos como fluoxetina, amitriptilina e imipramina, en conjunto con un trabajo psicosocial de grupo y la incorporación de psicólogos en todos los consultorios APS, mejorando la calidad del tratamiento (MINISAL 2007, marzo 23), no cuenta con un acercamiento por parte de la persona al darse cuenta, la toma de conciencia, la responsabilidad, el auto-apoyo y el cuerpo se deja de lado, lo que constituye carencias en cuanto a la comprensión de la persona que padece de este trastorno a la vivencia y sus propios procesos existenciales. Lo que da como consecuencia

que un gran número de pacientes con depresión, se hacen consultantes frecuentes del consultorio de atención primaria, sobrecargando el sistema y no logrando alivio a su dolencia (MINISAL 1998)

Lo anteriormente expuesto; deja en manifiesto la necesidad de investigar tratamientos que proporcionen una comprensión holística del hombre, por ejemplo; incluyendo el funcionamiento de su cuerpo, emociones, pensamientos, cultura y sus expresiones sociales en un marco unificado, todos son acontecimientos del mismo acontecimiento: el hombre (Latner 1972 pp 15), que se basen en la comprensión integral de lo que nos ocurre, tomando como punto de partida a la persona en su potencial y no en su patología, entregándole herramientas para poder desenvolverse autónomamente en la sociedad, optimizando sus relaciones interpersonales; debido principalmente a que las personas que sufren de cuadros depresivos, dan cuenta que sus relaciones interpersonales son poco satisfactorias, al igual que su interacción social. Tienen limitaciones funcionales y dificultades para desarrollar sus actividades cotidianas. Les resulta difícil afrontar los problemas familiares y los relacionados con las responsabilidades laborales (MINSAL, 1998). Por ello mismo las investigaciones dan cuenta que los costos que provoca esta enfermedad son muy elevados, ya sea por ausentismo laboral, la disminución de la productividad, como por costos de los servicios de salud, al tener pacientes policonsultantes.

Como se ha mencionado, la depresión es un gran problema, para los Estados, para las personas que la padecen, como para su entorno. Es por ello, que se requiere de estrategias, técnicas novedosas, basadas en una visión integral del hombre, que propendan a disminuir el grado de sufrimiento Humano.

Estas nuevas formas de intervención humana pueden ser desarrolladas de manera individual como grupal, y en el mejor de los casos ambas, con el fin de entregar herramientas a las personas tanto en el conocimiento de sí mismos, como del estar en interacción con otros.

Sin embargo, hasta el momento desde el MINSAL “no se han incorporado en forma sistemática aún, esquemas de tratamiento específicos y adecuados para la depresión, así como esquemas de seguimiento que aseguren su resolutivez de las acciones” (MINISAL 1998). Las estrategias terapéuticas utilizadas son de orientación cognitivo-conductual, dado a que se ha demostrado que estas presentarían una remisión de los síntomas depresivos a corto plazo, pero a pesar de ello, estas técnicas no se ocuparían del cuerpo de las personas, del darse cuenta de su proceso vital, la comprensión vivencial de su estado depresivo, entre otras características de suma importancia que son tomadas en cuenta en la teoría gestáltica. Es por ello, que se hace necesario investigar en primera instancia otras metodologías de tratamiento para abordar la depresión, en donde la persona sea activa en el proceso de cura, pueda auto apoyarse, auto observarse de una manera más holista de lo que esta acostumbrada en el diario vivir y de una manera más integral.

Es así que en esta investigación, se realizó un taller para el tratamiento de la depresión basado en la filosofía de la gestal, haciendo uso de técnicas gestálticas, estrategias terapéuticas utilizadas para lograr un acercamiento, al vivenciar los procesos de cambios en cada participante. Centrados en el “Aquí y el ahora” y el darse cuenta de cada integrante.

Es por lo expuesto; que el autor se ocupa de conocer el proceso individual de las vivencias de cada participante del grupo, más que buscar resultados estadísticos y remisión sintomática total del trastorno depresivo. En donde la prioridad es entregar herramientas de autoconocimiento, autoayuda y toma de conciencia de los estados mentales, psico-emocionales y físicos de las personas. Con el fin último que estas las adquieran y puedan autoapoyarse y no estar permanentemente acudiendo al Centro de Atención Primaria, convirtiéndose en pacientes policonsultantes, empoderandolas, que aprendan a vivir en el presente, donde los problemas pueden ser resueltos, haciendo uso para ello del trabajo corporal y dando valor a la movilización de la energía, proponiéndoles centrarse en que tomen conciencia de si mismas y su experiencia inmediata.

De esta manera se llega a formular la siguiente:

2.1.1 Pregunta De Investigación

¿Como vivencian las mujeres diagnosticadas con depresión moderada, su proceso terapéutico de orientación gestáltica?

2.2 Aportes y Relevancia

El primer aporte es que esta investigación da a conocer otra alternativa para el tratamiento grupal de la depresión, debido a que esta patología sigue creciendo en nuestro país y se hacen pocas las alternativas que plantea el gobierno para atacar este problema social.

Desde la práctica esta investigación, pretende mostrar la aplicación que tiene el enfoque Gestáltico, en el tratamiento de los Trastornos Depresivos en un grupo terapéutico de mujeres que se atienden en un consultorio de atención primaria y rescatar la vivencia de estas, en su proceso terapéutico.

Otro aporte es que permite conocer a grandes rasgos el conocimiento del contacto, la toma de conciencia y el darse cuenta que tienen las mujeres que padecen depresión en cuanto a su proceso terapéutico grupal. Como se van vivenciando y conociendo, lo que puede permitir a lo largo del tiempo que comiencen a tener una mejor relación con el medio (contacto), mejoren su comunicación y se autoconozcan; mejorando su desarrollo personal.

Otro aporte es para el psicólogo de Centro de atención primaria que desee trabajar desde otra mirada a la que postula el MINISAL, debido principalmente a que las técnicas que se utilizaron en el taller son experienciales y permiten el movilizar energético de las personas que participan de él. Técnicas que permiten tener un conocimiento integral de los participantes del taller.

Es una tesis que pretende ser un estímulo a que se habrán nuevos diálogos en cuanto a la depresión, sus tratamientos y enfoques teóricos para tratarla, para las personas que trabajan en la salud mental y que sirva como guía de conocimientos para alumnos interesados en conocer algunos conceptos básicos de la teoría gestáltica.

2.3 Objetivos de la Investigación

2.3.1 Objetivo General

Describir y conocer las vivencias de las Mujeres diagnosticadas con depresión moderada que participan del taller grupal de Orientación gestáltica.

2.3.2 Objetivos Específicos

- Diseñar las líneas programáticas y pautas de evaluación de un taller terapéutico de Orientación Gestáltica para un grupo de mujeres con diagnóstico de depresión moderada.
- Conocer algunas sensaciones corporales, emociones, pensamientos y conductas, respecto a su estado depresivo moderado
- Intensificar la toma de conciencia de las participantes del taller en su proceso terapéutico grupal

3 MARCO TEÓRICO

En el presente marco teórico el lector interesado en la investigación que lleve a cabo, podrá ver perfilado, un acercamiento teórico al concepto de depresión, a los aportes de la fenomenológica, en el estudio del fenómeno humano. A un acercamiento a la depresión desde tres grandes líneas teóricas, como son: el psicoanálisis, la teoría cognitivo – conductual, especialmente de la visión de Aarón Beck, finalizando con la teoría Gestáltica y sus más importantes representantes: Perls, Castanedo, Martinez, Latner, Salama etc. Además de la depresión vista desde el manual de diagnóstico CIE-10, criterio utilizado para diagnosticar depresión en los consultorios de atención primaria en nuestro país: Chile.

3.1 Acercamiento Fenomenológico

Al momento de intentar acercarnos a la depresión es recurrente encontrarse con estudios que buscan cuantificar a través de metodología objetiva lo que es un fenómeno que escapa necesariamente a estos métodos. Esto por que claramente la depresión tiene que ver con el vivenciar del individuo que la padece, es así que los métodos fenomenológicos interpretativos probablemente son más apropiados para entender y describir el fenómeno de padecer una depresión.

La fenomenológica interpretativa como método de investigación se basa en la filosofía de Heidegger; su objetivo es comprender las habilidades prácticas, experiencias cotidianas, vivencias y desde ahí articular las similitudes y las diferencias en los significados, compromisos, práctica, habilidades, experiencias

de los seres humanos.

La fenomenología interpretativa o hermenéutica, fue propuesta por Martín Heidegger en 1927, como una metodología filosófica para descubrir el significado del ser o existencia de los seres humanos de una manera diferente a la tradición positivista, lógica-matemática de las ciencias basada en la recolección o medición y verificación de datos brutos. Es así, que Heidegger critica la visión Cartesiana del ser humano, el principal objetivo de Heidegger, fue entender lo que significa ser una persona y como él mundo es inteligible para los seres humanos, la fenomenología mira las cosas por si mismas, por lo tanto para Heidegger un fenómeno es lo que se muestra por si mismo, lo que se hace manifiesto y visible por si mismo. Una entidad puede manifestarse por si misma de diferentes maneras, dependiendo del acceso que se tenga a esta. Por tanto; las experiencias, vivencias de las personas que cursan un síndrome depresivo moderado, se mostrarán según el método de investigación que se emplee. La fenomenología como método de investigación focaliza su interés en descubrir y entender los significados de los hábitos, las conductas y practicas del ser humano, es así que esta fenomenología interpretativa o hermenéutica se fundamenta en los siguientes supuestos filosóficos sobre la persona o el ser humano.

- 1.- Los seres humanos tienen mundo
- 2.- Las personas como un ser, para quien las cosas tienen significado
- 3.- La persona es un ser autointerpretativo, pero en una forma no teórica
- 4.- La persona como corporalidad
- 5.- La persona como un ser temporal

¿Que nos quiere decir Heidegger con la frase “los seres humanos tienen mundo”? Estar en el mundo es existir, es estar involucrado, comprometido.

Habitar o vivir en el mundo es la forma básica del ser en el mundo del ser humano. Es así que el mundo está constituido y es constitutivo del ser. Los seres humanos, tienen un mundo que es diferente al ambiente, la naturaleza o el universo donde viven. Este mundo es un conjunto de relaciones, prácticas y compromisos adquiridos en una cultura.

Heidegger señala que el mundo es dado por nuestra cultura y lenguaje, y estos hacen posible el entendimiento del sí mismo y de los demás. El lenguaje, la corporalidad, hacen posible las diferentes formas particulares de relacionarse y sentir que tienen valor en una cultura. Habilidades, expresiones corporales, significados y prácticas tienen sentido gracias al mundo compartido dado por la cultura y articulado por el lenguaje, este conocimiento o familiaridad es lo que Heidegger llama mundo. Es por ello que Heidegger señala que el mundo se da por sentado, es decir, es obvio e ignorado por los seres humanos, solo se nota en situaciones de ruptura o destrucción como en el caso de un síndrome depresivo. Los mundos en los que vive la gente no son universales y atemporales, por el contrario, son diferentes según la cultura, el tiempo o la época histórica, la familia que se nace, la idiosincrasia, el género, etc.

Heidegger describe dos modos en los cuales los seres humanos están involucrados en el mundo. El primero es aquel en el cual las personas están completamente involucradas o sumergidas en la actividad diaria sin notar su existencia, en este las personas están comprometidas con cosas que tienen significado y valor de acuerdo con su mundo, es así, que las personas como un ser para quien las cosas tienen significado (2). En contraste, el segundo modo es aquel en el cual las personas son conscientes de su existencia. Por ejemplo la mujer que no padece un síndrome depresivo no presenta graves problemas, por lo tanto ella

y sus seres significativos viven su existencia sin poner demasiada tensión a lo que hacen por que ellos, tienen unas rutinas que han aprendido de su cultura a través del tiempo, ellas viven los que todos llamamos: una vida normal. En cambio, cuando aparece la depresión e irrumpen lo cotidiano, las vidas son interrumpidas, ellas lo notan en sus cuerpos en sus formas de experimentar. Así la depresiva se vuelve vulnerable, cae en incertidumbre, en desesperanza vital, que se ve expresada en el lenguaje verbal, analógico en su experiencia. Cada interpretación, cada experiencia le afecta de sobremanera.

La significancia o significado de las cosas se basa en las distinciones cualitativas reconocidas por las personas en su vida diaria, estas distinciones cualitativas son moldeadas desde la cultura, el lenguaje y la peculiaridad en el experimentar de cada individuo. Para la depresiva, cuando toma conciencia de su trastorno, cambia su forma de plantearse en el mundo. Y la interpretación que le da a este suceso es la que se ve expresada en la expresión del experimentar cotidiano.

Heidegger nos señala que la persona es un ser autointerpretativo pero en una forma no teórica. Lo son por que las cosas tienen importancia para ellos, cuando los seres humanos expresan y actúan frente a lo que ellos están comprometidos o les interesa, toman una posición sobre lo que son. Los intereses, inquietudes, actitudes de la persona ilustran lo que es importante y preocupante de una situación específica.

Conocer y comprender lo que rodea al ser humano es una manera fundamental de ser en el mundo. Las personas entienden y captan significados de lo que los rodea mediante el lenguaje. Los seres humanos son y están constituidos por el conocimiento y comprensión del mundo. Estos dos aspectos,

pueden ser diferentes según el lenguaje que articula las distinciones cualitativas. Por tanto; el lenguaje sirve para representarse así mismo y al mundo, pero también constituye la vida. Ciertas maneras de ser, sentir, de manifestarse y de relacionarse con los demás son solamente posibles con ciertos recursos lingüísticos y representacionales. El lenguaje representa, articula y hace que las cosas se manifiesten y al hacerlo moldea nuestras vidas.

La concepción fenomenológica de la persona incluye una visión del cuerpo diferente de la visión cartesiana. La cual considera que la persona tiene un cuerpo que está separado de la mente y carente de inteligencia o poder para responder al mundo. Para la fenomenología, más que tener un cuerpo, la persona es corporal (la persona como corporalidad). Ser humano es tener una inteligencia corporal que hace posible involucrarse hábilmente en las situaciones, las prácticas comunes se basan en capacidades preceptuales corporales compartidas.

Heidegger concibe a la persona como ser temporal , un ser en el tiempo. Este tiempo no es el tiempo lineal o la sucesión infinita de hora como generalmente se piensa en las culturas occidentales. Heidegger llama al tiempo temporalidad y según él, el tiempo es constitutivo del ser o existencia. El tiempo lineal dificulta concebir la continuidad o transición, hace creer que en los seres y cosas que existen son estáticas y atemporales. Merleau-Ponty también considera el tiempo como una dimensión del ser, de la existencia que resulta de mi relación con las cosas. Entre las cosas, el futuro no es aún, el pasado ya no es, solamente el presente es; cada presente afirma la presencia de todo el pasado que suplanta y anticipa todo lo que vendrá.

Los profesionales de la salud y usuarios del sistema de salud conciben el tiempo de manera lineal, visión de tiempo que prevalece en la sociedad. Pero para

la mujer que padece la depresión, el tiempo no es muy importante. Se comienza a vivir en unidades cortas de tiempo. Se anticipa el futuro fracasando, el presente se vive con la incertidumbre.

A partir de lo expuesto podemos entender que los supuestos filosóficos desde la fenomenología pueden ser tanto aplicados a las personas que cursan una depresión como al investigador que realiza dicho trabajo. Esto porque son ambos seres autointerpretativos que son y tienen un mundo, para quien las cosas tienen significado. Que hacen uso en la inteligencia corporal, y que viven en el tiempo. Su lugar en el mundo, su compromiso consigo mismo y el mundo, moldearan su vivenciar en esta investigación.

La fenomenología de Heidegger considera que no es posible tener un conocimiento objetivo sobre el ser humano, por que todo el conocimiento es generado por personas que son y están en el mundo. Que tratan de entender a personas que también son y están en un mundo. Se comprende mediante la comparación de lo que se necesita entender con algo que ya se conoce. Entender es circular. Se esta siempre en un circulo hermenéutico o de interpretación. Las palabras se entienden con relación al significado de toda la frase. El significado de la frase depende del significado de las palabras individuales en la frase. Un concepto deriva su significado del contexto donde se encuentra, pero el contexto esta formado por lo elementos a los cuales da significado. por lo tanto, la lógica no es suficiente para el entendimiento.

El circulo hermenéutico asume un elemento de intuición. Un conocimiento previo mínimo es necesario para entender. Sin esto no se puede entrar al circulo. El que habla y el que escucha deben compartir el lenguaje y el tema de su discurso. La esperanza de interpretar algo sin prejuicios y presupuesto desaparece

en esta forma de entendimiento. Lo que aparece a partir del objeto es lo que él sujeto permite que aparezca. Es por ello, que en esta investigación describiré la experiencia de las pacientes de este estudio sin el ingenuo pensamiento de una objetividad imparcial.

3.2 La Depresión

Alberto Merani nos acerca al concepto de depresión señalando que esta palabra proviene del latín *dependeo*, *Um* = abatido. Estado mental que se distingue por aflicción y desconfianza, acompañado generalmente por ansiedad (Merani 1984). Una de las concepciones más antiguas del estado depresivo pertenece a Hipócrates, médico y filósofo del siglo IV o V a.c., quien toma el concepto de melancolía y lo explica postulando que se debería a una enfermedad producto de un exceso de bilis negra en la persona: lo negro, lo pesado, lo triste, todo encerrado en términos de melancolía: “es como consecuencia de esta tristeza que los melancólicos odian todo lo que ven y parecen continuamente llenos de miedo, como los niños y los hombres ignorantes que tiemblan en la oscuridad profunda”, la que como consecuencia tenía una serie de sintomatología que denotaban, irritabilidad, mal humor, desgano, entre otros.

La depresión es una enfermedad que afecta al organismo, el ánimo y la manera de pensar de quien la padece. Afecta el sueño y la alimentación, el valor a sí mismo, entre otras cosas, como sentimientos de desesperanza, pesimismo, estado de ánimo triste y ansioso, pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que la persona disfruta hacer, fatiga, agotamiento; y la sensación de estar en un callejón sin salida, sin nada que se pueda hacer para salir de éste.

Como se puede observar en la lectura del CIE-10, “el enfermo de

depresión sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo” (CIE-10 1999, pp 91). Lo que denota que la persona depresiva no tiene vitalidad para realizar acciones y que se encuentra en un estado de “semi-sueño”, muchas veces sin comprender el porque le ocurre eso, interfiriendo el funcionamiento cotidiano de la persona que la padece, como en sus seres queridos que comparten con la persona.

En los cuadros depresivos se pueden observar cambios a nivel físico, emocional, conductual y social de los individuos. Los que se pueden manifestar en alteraciones de nivel biológico, somático, psicológico y del pensamiento, de las personas que presentan este cuadro.

En cuanto a las manifestaciones psicológicas se observan alteraciones del ánimo tales como: tristeza, desmotivación, pérdida de placer, apatía, etc.

Alteraciones del pensamiento como: baja concentración, pesimismo, baja autoestima o pérdida de esta, etc.

Desde la biología se observan cambios en la actividad psicomotora tales como: inhibición, lentitud, agitación, ansiedad, etc.

Y en las manifestaciones somáticas: cambios en el ciclo del sueño, cambios en el apetito, cambios en las sensaciones corporales, etc.

3.2.1 Criterios De Diagnostico Para La Depresión Moderada CIE-10

Tomando en cuenta que el CIE-10 es un manual con un modelo biomédico de explicación de las enfermedades mentales, en esté la depresión se enmarca dentro de las patologías que dan cuenta del estado de animo. Por estado de ánimo se entiende “una emoción de duración prolongada que afecta a la totalidad de la vida psíquica. Se trata de una forma de estar y/o encontrarse frente al mundo y a sí mismo” (Heerlein 2000, pp 313).

F32 Episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas a continuación, leve (F32.0), moderada (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), por lo general, el enfermo que las padece sufre de humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

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

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones

circadianas ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas “somáticos” son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada del apetito. Pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes. Las categorías de episodios depresivos leve (F32.0), moderado (F32.1) y grave (F32.2 y F32.3) que se describen con mayor detalle a continuación, deben ser

utilizadas únicamente para episodios depresivos aislados (o para el primero). Los posibles episodios depresivos siguientes deben clasificarse dentro de una de las subdivisiones del trastorno depresivo recurrente (F33.-).

Se incluyen los niveles de gravedad para poder cubrir el amplio espectro de los cuadros clínicos que se ven en los diversos tipos de práctica psiquiátrica. Enfermos con episodios depresivos leves son frecuentes en la práctica médica general, mientras que las unidades de internamiento psiquiátricas suelen ocuparse de las formas más graves de episodios depresivos.

Los actos autoagresivos, con frecuencia intoxicaciones voluntarias con la medicación prescrita, que acompañan a los trastornos del humor (afectivos), deben clasificarse mediante un código adicional del capítulo XX de la CIE-10 (X60-X84). Estos códigos no implican valoraciones acerca de la diferenciación entre intentos de suicidio y “parasuicidio”. Ambos se incluyen en la categoría general de autoagresión.

La diferenciación entre los grados leve, moderado y grave se basa en una complicada valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas presentes. El nivel de la actividad social y laboral cotidiana suele ser guía general muy útil de la gravedad del episodio, aunque los factores personales, sociales y culturales que influyen en la relación entre la gravedad de los síntomas y la actividad social, son lo suficientemente frecuentes e intensas como para hacer poco prudente incluir el funcionamiento social entre las pautas esenciales de gravedad.

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para el episodio depresivo leve (F32.0) – el ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión- así como al menos tres /y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

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

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

F32.10 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodios depresivo moderado y están también cuatro o más de los síndromes somáticos (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

3.3. Hipótesis teóricas de la depresión

3.3.1 Psicoanálisis

El psicoanálisis es la teoría cuyo saber se encuentra en el método de introspección y exploración del inconsciente. Aplicable al estudio de la historia y la cultura.

Desde esta perspectiva teórica, el síntoma da cuenta de que algo en el sujeto no marcha bien.

3.3.2 Hipótesis De Freud Sobre La Melancolía

En sus ensayos Freud postularía que la depresión estaría “Caracterizada psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones, y la disminución del amor propio” (Freud, (1915, 1917)) por la cita del autor, se puede observar claramente que la depresión produce en las personas una baja autoestima, un estado de ánimo de tristeza o ansioso, pérdida de interés, debido a que en cada momento la persona se encuentra autoagrediendo, cuestionándose, no amándose, lo que no le permite tener una claridad de su Yo. Sin embargo, estos autoreproches, no corresponderían en realidad hacia la misma persona, sino más bien a alguien que la persona, ama, amo o fue fuente de su deseo. Pero así mismo, a quien no le pudo hacer ver lo que pasaba y por ello, y como manera de escapar de esa tensión, la persona se autoagrede. “Los que sufren (melancolía) acaban generalmente por conseguir vengarse –por el sinuoso camino del autocastigo- contra los objetos originarios, y por atormentarlos a través de la enfermedad, habiendo caído en ella para evitar la

necesidad de expresar abiertamente la hostilidad contra las personas amadas”
(Freud 1922)

La distorsión en el Yo del sujeto, según lo que postula Freud debería haber ocurrido en la Infancia, específicamente en el *Estadio Narcisista* (en los dos primeros años de edad) del desarrollo. A su vez, sugiere que el conflicto original entre el sujeto y su objeto se trasladaría al plano del psiquismo, caracterizada por la ambivalencia entre una parte del Yo ligado afectivamente al objeto, y por la parte del Yo que se distancia del mismo, que lo recrimina, juzga, lo enjuicia. De esta manera se puede concluir que la parte ligada Afectivamente correspondería al Yo y que la parte enjuiciante correspondería al superyó.

Es por lo anterior que en la terapia de este fenómeno, se debería lograr que por medio de la catarsis el superyó debiera descargar su rabia con el objeto o que en definitiva el objeto pierda el valor para el sujeto y sea exterminado

3.3.3 Depresión Y Cuerpo Desde El Psicoanálisis

En el texto *La depresión y el Cuerpo* de Alexander Lowen, se puede rescatar que el autor toma muchas ideas de lo que postula Freud en sus ensayos sobre el origen de la depresión:

“Freud, que estudio la depresión en su forma mas grave, la melancolía, creía que estaba causada por la inhibición en la expresión del dolor.”...“Toda Reacción depresiva se basa en la perdida del amor de la madre” (Lowen , año desconocido)

Dando cuenta que las personas que padecen de depresión tiene una fijación oral, etapa del desarrollo propuesta por Erickson desde los 0 a los 2 años y en Freud como la etapa Narcisista:

“La gente que sufre depresiones tiene necesidades orales insatisfechas: sentirse sostenido y apoyados, experimentar el contacto corporal, chupar, recibir atención y aprobación, sentir calor” (ídem pp. 34)

Además el autor postula que la depresión y los síntomas de este trastorno se deberían por una inmovilización del cuerpo y la energía de las personas que lo padecen:

“La reacción depresiva inmoviliza a la persona. Es incapaz de reunir el deseo o las energías necesarias para continuar con sus actividades acostumbradas. Se siente defraudado, le inunda un sentimiento de desesperanza, y mientras dure la reacción depresiva, no vea ningún sentido en hacer el menor esfuerzo” (Ídem pp. 65) al ser incapaces de expresar ningún sentimiento, caen en depresión.

Finalmente el autor concluye que la depresión se trataría de un “derrumbamiento interior, queriendo decir con esto que la capacidad de responder con impulsos apropiados a los acontecimientos del entorno ha disminuido notablemente” (ídem pp 68).

A su vez, da como una manera de superar la depresión en los sujetos, la expresión de las emociones, dando cuenta que las personas que padecen de este trastorno no tendrían la capacidad de dar a conocer lo que sienten:

“La persona que no esta en contacto con sus sentimientos se deprime... sorprendentemente, el reconocer y aceptar un sentimiento cambia la calidad del estado de animó. El paciente ya no se encuentra tan deprimido como lo estaba cuando bloqueaba su conciencia del sentimiento de

tristeza”...”sentimientos y emociones son respuestas orgánicas a los acontecimientos del entorno; en el estado depresivo hay una incapacidad de respuesta” (Ídem pp. 67)

3.3.4 **Terapia Psicoanalista**

A partir de los síntomas y de las interpretaciones facilitadas por el terapeuta, el individuo comienza a descubrirse, a conciliarse consigo mismo y dar con las claves que le permitirán configurar mejor su personalidad. Según el psicoanálisis, descubrir lo inconsciente alivia los síntomas y permite un cambio profundo en la persona, que descubre que ha estado llevando una vida alejada de sus necesidades, objetivos, deseos o preferencias, y le ayuda a tomar decisiones orientadas a que su vida se acerque más a ellos. (Estudiar la caja negra 2007, Junio 13)

Una de las críticas que se pueden hacer respecto al psicoanálisis es que en este tipo de terapia, se tiene la suposición que la persona (paciente) tiene una enfermedad o incapacidad que el terapeuta curará o eliminará. El terapeuta descubre por qué el paciente llegó a esa enfermedad y realiza un diagnóstico y el paciente se mejorará al descubrir lo que el terapeuta descubrió del paciente. Es por ello, que se entiende en esta escuela, que el terapeuta es responsable de lograr que el paciente cambie. El terapeuta realiza el trabajo de crear el cambio, debido a la destreza, hace algo que conduzca al cambio. (Yountef 1995)

Este enfoque de psicoterapia enfatiza causas subyacentes inferidas y relega el comportamiento actual, a causas secundarias al síntoma. Es por ello, que los cambios conductuales se realizarán a medida que el paciente trate la causa real que se encuentra escondida en el inconsciente. Al realizar esto, los terapeutas de

esta escuela niegan la conducta del aquí y el ahora y hacen hincapié en el conocimiento del paciente del Allá y Entonces. (Yountef 1995)

3.4 Psicología Cognitivo Conductual

El énfasis de la terapia Cognitivo conductual esta orientada al “que tengo que hacer para cambiar”. Esta centrada en los síntomas y su resolución, poniendo énfasis en el cambio de las cogniciones y las conductas de los individuos.

3.4.1 Hipótesis Cognitiva-Conductual De La Depresión

Desde la terapia cognitivo-conductual la depresión sería por falta de refuerzo que hace que el que la padezca no actúe, perpetuando la conducta pasiva. Y por una distorsión cognitiva, en la que la persona que padece de la enfermedad distorsiona la realidad en forma negativa, en donde domina una imagen negativa de si mismo, de la experiencia presente y futuro.

Para Beck, el trastorno depresivo se desencadenaría ya sea factores psicológicos como orgánicos, y que estos activarían cogniciones distorsionadas de la realidad que se formaron en un proceso temprano del desarrollo.

Se propone en la teoría: “[...] algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre sí mismo, sobre su futuro y sobre el mundo. Estos conceptos negativos pueden permanecer latentes y ser activados por determinadas circunstancias [...]” (Beck y Cols 1983)

Además propone Beck, que estos esquemas aprendidos en la niñez, proporcionarían conceptos negativos del si mismo, el mundo y el futuro. Lo que lleva al sujeto a estar permanentemente enfrentándose a conceptualizaciones

negativas de si mismos como de autocríticas y autorechazo, provocando en el sujeto una desesperanza y no encontrando a nadie más que si mismo, lo que lo lleva a aislarse del mundo.

3.4.2 Hipótesis de Aarón Beck

Beck, postula tres conceptos específicos para explicar la Depresión:

-La Triada Cognitiva: consiste en tres patrones cognitivos que hacen que el sujeto se vea a si mismo, sus experiencias y su futuro de una manera sesgada.

El primero es: La visión negativa que tiene el paciente acerca si mismo; “el individuo se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico” (Beck y cols 1983, pp.19)

El segundo es: La tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa: “Interpreta sus interacciones con el entorno, en términos de relaciones de derrota o frustración” (Ídem, pp.19)

El tercero es: La visión negativa hacerca del futuro:”cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables” (Ídem. pp.19)

- **Los Esquemas:** son definidos por Beck como: “Ciertos patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones” (Ídem. pp.20)

- **Los errores Cognitivos:** son errores frecuentes que se dan en el pensamiento del individuo y que mantienen con firmeza la validez de los conceptos negativos

que tiene de si mismo, su mundo y experiencia.

Existirían 6 errores de procesamiento de la Información:

1. Inferencia Arbitraria
2. Abstracción selectiva
3. Generalización Excesiva
4. Maximización y minimización
5. Personalización
6. Pensamiento absolutista, dicotómico

La depresión se caracterizaría por la irrupción de patrones cognitivos negativos, formados en la niñez de los individuos, que se mantienen en estado de latencia y que se activarían por situaciones similares a las tempranas; lo que provocaría en los individuos depresivos distorsiones en el pensamiento hacia si mismo, el futuro y hacia el mundo.

3.4.3 Terapia Cognitivo – Conductual

José Gracia Higuera en su texto, depresión, tratamiento Cognitivo-conductual postula que en la terapia cognitivo conductual se busca:

- Aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista.
- Aprender a atender a todos los datos existentes en esas situaciones
- Aprender a formular explicaciones alternativas para el resultado de las interacciones. (Higuera 2007, Junio12)

Se puede observar claramente que en la terapia cognitivo-conductual, el terapeuta manipula el entorno del paciente, de modo de condicionarlo a algún comportamiento compatible con alguna norma de ajuste, del comportamiento no

deseado que presenta.

3.5 Corriente Humanista

La meta de la Psicología Humanista es el “enfocar lo que significa existir como ser humano”.

La mayoría de los psicólogos Humanistas adhieren a la filosofía europea llamada Fenomenología, la que sostiene que las personas ven el mundo desde su peculiar perspectiva. La interpretación subjetiva es esencial en toda actividad humana y no puede ignorarse. (Concha, año desconocido)

El sujeto se ve como un ser humano, que en lugar de tener una esencia inalterable, una naturaleza fija, un comportamiento objetivo, sujeto a la ley divina o científica inmutable, el ser humano solo puede ser aprendido “desde dentro”, como ser autónomo, en su temporalidad y en su finitud.

El encuentro humano con el otro y la actitud ante la vida, en un contexto de crecimiento, en cotejo con el mundo priman sobre toda la teoría. La meta es percatarse de lo que nos acontece, es decir, creciente autoconciencia, sin bloqueos y sin rechazos. Vivir es un encuentro creado entre el sujeto con el mundo, impulsado por las necesidades en tanto unidades de sentido y figuras que se destacan sobre un fondo de circunstancias.

Es por ello, que en las corrientes humanistas no se diagnostica a la persona por sufrir trastornos o patologías, ya que son opuestas a su enfoque. Más bien la corriente humanista apuntan al autoconocimiento de las personas, de su padecer y postula hacerlos cargo de él y crecer en el desarrollo personal, asumiendo una interacción del individuo con su medio y su propio cuerpo.

3.6 Psicología de la Gestalt

3.6.1 Breve Historia

La palabra Gestalt se refiere a una entidad específica concreta, existente y organizada que posee un modelo o forma definida. Gestalt significa cómo se perciben en la mente los objetos conocidos en la vida diaria. (Salama 1996, pp 26) así mismo, es una manifestación del ambiente, clara, definida y precisa, sobresaliente de su fondo. Así mismo, el concepto de Gestalt, esta relacionado con el de necesidad, dado que se habla de una Gestalt abierta o inconclusa, cuando se encuentra una necesidad insatisfecha. Cuando la necesidad se satisface, la Gestalt se cierra o extingue, permitiendo fluir la energía, y la posibilidad de la apertura de una nueva Gestalt al surgir nuevas necesidades. Para que la persona pueda satisfacer su necesidad tiene que ser capaz de sentirla, tener conciencia de lo que le ocurre, para poder manejarse a si mismo y su entorno.

Cuando se estableció la Psicología como ciencia en Alemania, de 1870 a 1880, se consideró que su tarea principal consistía en el análisis de la mente en sus elementos básicos. La Psicología de la Gestalt, fundada por Wertheimer, Kohler y Koffka poco antes de la Primera Guerra Mundial, representó una reacción contra aquel punto de vista tradicional de la Psicología antigua. Los gestaltistas en vez de buscar elementos mentales prefirieron estudiar las configuraciones y patrones naturales que aparecen en la experiencia directa. Así mismo, los gestaltistas se opusieron al behaviorismo de Watson, que analiza la conducta partiendo de la dualidad estímulo-respuesta. (Castanedo, 1997 pp.41)

La psicología de la Gestalt nace en Alemania a principios de Siglo, encuadrada en la psicología humanista, con quien comparte a visión del ser humano que tienen hacia la autorrealización, con recursos saludables para su

desarrollo óptimo como ser humanos en el presente, difunde la toma de conciencia de lo que ocurre en el aquí y el ahora. En un comienzo centró su interés en investigaciones sobre la percepción; más tarde lo extiende a otros campos como el aprendizaje, la conducta social y el pensamiento.

Al principio, una gran parte de la Psicología de la Gestalt se centró en investigaciones sobre la percepción: más tarde se extendió a otros campos como el aprendizaje, la conducta social y el pensamiento. La idea fundamental de la psicología Gestalt consiste en que resulta estéril tratar de comprender los fenómenos por medio del análisis de los elementos que la constituyen.” (Castanedo 2002, pp44)

La Terapia Gestalt toma en cuenta el campo bio-psico-social en su totalidad, incluyendo como parte básica la interacción organismo-ambiente”, “de esta forma esta Terapia utiliza variables fisiológicas, sociológicas, cognitivas y motivacionales. Ninguna dimensión relevante se excluye de la teoría básica del enfoque gestáltico”. (Castanedo, 1997 pp. 32 – 33).

La terapia Gestalt ayuda al individuo a retomar el camino de los sentidos, a tomar conciencia del proceso de darse cuenta; asimismo, ofrece la auto-realización al individuo sirviéndose de experimentos (vividos) que enfatizan la toma de conciencia dirigida en el aquí y ahora”. (Castanedo 2002, pp. 32)

3.6.2 Fundamentos De La Gestalt

3.6.2.1 Fundamentos Filosóficos

La psicología de la gestalt ve su fundamentación filosófica, en el existencialismo, la fenomenología, las religiones orientales como el budismo, el Zen y el TAO. Todas ellas, filosofías que permiten conocer al ser humano en la experiencia y en la propia toma de conciencia.

“La gran mayoría de las concepciones de la Psicoterapia Gestalt se encuentran profundamente impregnadas por el movimiento filosófico existencial, en donde la palabra existencia ha dejado de tener la aceptación clásica del mero existir y se ha convertido en la expresión del modo de existir humano, del Ser existente en el momento presente, en el aquí y ahora en términos gestálticos, concepto impuesto por J.L. Moreno en el psicodrama y extraído de la filosofía Zen Budista originalmente” (Salama 1996, pp 7).

De la filosofía existencial, se desprenden algunos principios básicos tales como: a.) La existencia humana es considerada como una “actualidad absoluta”, no es algo estático, sino que se crea a si misma en un constante proceso de recreación, b) El hombre se halla esencialmente e íntimamente vinculado con el mundo y en especial con los demás seres humanos y c) Rechaza la distinción entre “sujeto y objeto” y los visualiza en un todo. (Salama 1996, pp 15).

Otra fuente filosófica que alimenta a la Psicoterapia de la Gestalt es el Budismo.

“El budismo Zen como la Gestalt enseña que si consideramos los sentimientos negativos como lo que son, si los aceptamos como sufrimientos inevitables, podemos domeñar el aspecto voluntarioso y exigente de nuestra

personalidad". (Salama 1996, pp 17)

El budismo Zen enseña a desarrollar un conocimiento directo de la realidad mediante la intuición y para ello se utilizan técnicas básicas como:

1. La aceptación de la realidad: la que da cuenta de estar plenamente conciente de los actos propios y dedicarse de lleno a cada actividad emprendida en vez de desear estar en otra situación... vencer el impulso de aferrarse a las ilusiones y los deseos más preciados, aun cuando estos provoquen ira, frustración y desencanto.
2. La meditación: es un modo especial de aceptación de la realidad
3. La solución de acertijos y adivinanzas concebidas para rebasar los límites del intelecto: El budismo Zen enseña que con cada momento de iluminación va cediendo terreno el modo de pensar racional del individuo y que surge en él un conocimiento nuevo y más profundo. Esta transformación es acompañada por la capacidad de disfrutar el presente, sean cuales fueren las circunstancias y la sensación de vivir sin ataduras en el mundo cotidiano. (Salama 1996, pp 16-18)

De las filosofías orientales como el TAO y el Budismo Zen, la psicoterapia Gestalt toma los principios:

a. **Destaca la experiencia sobre la filosofía abstracta.**

Para comprender la realidad es importante verla tal como es, sin analizarla ni dividirla en fragmentos, pactándola en su unidad y en nuestra totalidad con ella. De aquí saca Husserl su base para el desarrollo del modelo fenomenológico.

- b. **Todo el Universo esta compuesto de Polaridades.** Lo mismo se aplica a la existencia. Esta presenta tres características principales: Inestabilidad, desintegración e insatisfacción.
- c. **Lo Obvio.** Es la atención y el darse cuenta en el aquí y el ahora
- d. **El aquí y el ahora.** Se refiere a estar en el momento presente. La angustia y la ansiedad surgen cuando se pasa del ahora al futuro.
- e. **El darse cuenta o Awariness.** Se caracteriza por el contacto, el sentir la excitación y la formación de una Gestalt.
- f. **Equilibrio.** No se trata de un punto medio estético; se trata de un ir y venir dinámico.
- g. **Permitir el fluir natural de las cosas.** no poner trabas al desarrollo (Salama 1996, pp 20-22)

Elementos fenomenológicos tales como, el fundamento de la experiencia y la toma de conciencia.

3.6.2.2 Fundamentos Psicológicos

En un principio, la escuela de la Gestalt se centró en el estudio de la percepción visual. Los gestaltistas descubrieron que el ser humano percibía totalidades organizadas como configuraciones que aparecían en la experiencia del individuo.” (Salama 1996, pp 25).

Para constituirse y tomando en cuenta que Fritz Perls (1903-1970) médico y psicoanalista, creador de la Terapia gestaltica en la década de los cuarenta, propuso algunos fundamentos basados en el psicoanálisis, como: la reformulación de los mecanismos de defensa y el trabajo de los sueños. Debido a que se dio cuenta que las terapias ortodoxas que existían en ese entonces, no tomaban al hombre en su totalidad y se centraban solo en partes de su existencia, abandonó el dimorfismo cuerpo-mente, y se lanzó a buscar su propio camino en psicoterapia, que viera al hombre como un todo, un organismo unificado, estructurado de una manera significativa, con una visión Holística. Integro su técnica terapéutica en el trabajo corporal. Poniendo énfasis en conceptos tales como, la interacción con el otro y con el medio, la responsabilidad, la libertad, el darse cuenta, el aquí y el ahora, la introspección espontánea, entre otros.

A la Gestalt se la define como una psicoterapia que se ocupa de resolver asuntos pendientes por lo que puede considerarse como una ciencia que trata del organismo humano y sus relaciones dentro de un contexto único” (Salama 1996, pp 15).

Para poder crear la psicología de la Gestalt, Perls se vio influenciado por Werthamer (naturaleza de la percepción), Köhler y Koffka (fenómeno phi o ilusión de movimiento aparente), precursores de la escuela de la Gestalt, la que se presentaba como una reacción en contra del punto de vista tradicional de la

psicología antigua representada por el Funcionalismo como por el estructuralismo. Se oponían al estructuralismo y a su análisis del consciente en elementos de exclusión de valores como al Behaviorismo por su exclusión del consciente. Los psicólogos de la Gestalt se oponían a que se pudiera estar algo tan complejo como la conducta humana analizándola en forma de elementos, según la teoría de la Gestalt cuando se hace esto se destruye la unidad de los fenómenos que están siendo estudiados. (Salama 1996)

Por otra parte también encontramos en terapia gestaltica elementos del psicodrama, del que adopta la idea de dramatizar las experiencias y los sueños. (Cornejo, Espinoza y Molina, 2005)

En cuanto a las escuelas Humanistas la Gestal toma:

- de Jung Toma el concepto de la integración de la polaridades existentes en el ser humano
- de Adler retoma el concepto holístico el consiste en un método para entender a cada persona como una totalidad integrada dentro de un sistema social
- De Reich incorpora los aspectos corporales, verbales, gestuales y musculares en el comportamiento cotidiano del individuo, dando así mayor importancia a la sensación, la expresión inmediata y la experiencia orgánica, así como enfatizar el cómo más que al por qué de estos aspectos.
- De Moreno Incluye la técnica de cambio de roles que permite a la persona representar por medio de la acción algún episodio real, imaginario o guardado en la memoria y ponerse en el lugar del otro; El Psicodrama es una técnica global que integra cuerpo, las emociones y el pensamiento con

énfasis particular en la acción corporal para reforzar los sentimientos y las emociones.

- De Rogers asume la relación de persona a persona más que de médico-paciente; deja de lado la omnipotencia del terapeuta para situarse al lado del paciente de igual a igual.
- De Berne integra la utilización de juegos dentro de la terapia al plantear que las personas “juegan” roles sociales para ocultar su verdadero Yo.
(Salama 1996, pp 30-32)

3.6.3 Conceptos Básicos

Para comprender y conocer los concepto que se utilizarán en el grupo terapéutico de orientación gestáltica y la investigación en si misma, es de suma importancia este capítulo de la tesis. Debido que los conceptos que a continuación se expondrán serán los que permitirán dar luces y conocer la experiencia de las mujeres que participaron de la investigación. Así mismo, estos conceptos serán de suma utilidad y permitirán analizar el discurso de las mujeres con depresión moderada participantes del grupo de orientación gestáltica.

3.6.3.1 Gestalt

Palabra alemana que se puede traducir en “forma o estructura”, se refiere a una entidad específica concreta, existente y organizada que posee un modelo o forma definida. Gestalt significa cómo se perciben los objetos conocidos en la vida diaria (Palma 2005). Así mismo, indica que la totalidad es mayor que la suma de las partes. De naturaleza ordenada, organizada en un todo significativo. A partir de este todo, emergen figuras en relación a un fondo, y la relación entre la figura y el fondo es significativa.

Es como en la experiencia la persona es capaz de ver la forma, lo aparentemente percibido, lo conciente, que surge del fondo, del entorno. Y la hace tomar conciencia. En la vida cotidiana de cada persona, las gestalt se van formando según las necesidades que se deben satisfacer, aun cuando los procesos parecen fijos y estáticos, siempre se están movilizándose hacia la extinción. Cuando una necesidad se ve satisfecha, se completa el proceso y la gestalt se ve extinguida, y da la oportunidad de comenzar un nuevo proceso, en otras palabras “el fin de un proceso es la creación de uno nuevo”, pero, para que la persona pueda satisfacer sus necesidades es de suma importancia que tenga la capacidad de sentir lo que necesita y manejarse a sí mismo y su entorno. Sin embargo, cuando la no se satisface la necesidad, se comienza a acumular energía psíquica y corporal, lo que no permite un fluir libre de la persona.

Una buena gestalt es clara y debería responder claramente a la figura de la necesidad que la persona debe satisfacer, es energizada por el cambiante patrón de las necesidades inmediatas de la persona. No es muy rígida e inflexible, ni muy cambiante ni sutil.

3.6.3.2 Darse cuenta

En la terapia gestáltica se pone énfasis en lo que las personas saben de sí mismas y en lo que pueden aprender al centrarse en su darse cuenta.

El darse cuenta es una forma de vivenciar. Es el proceso de estar en contacto alerta con la situación más importante en el campo ambiente/individuo, con un total apoyo sensorio-motor, emocional cognitivo y energético. Es la capacidad de cada ser humano de percibir lo que está sucediendo en el “aquí y el ahora”, dentro de mí mismo y del mundo que lo rodea.

Castanedo postula que existirían cuatro aspectos de la experiencia humana con lo que se puede enfocar el “darse cuenta”:

1. Darse cuenta de las sensaciones
2. Darse cuenta de los sentimientos
3. Darse cuenta de lo que se quiere o desea
4. Darse cuenta de los valores (Castanedo 1988, pp104)

Como postula Castanedo el darse cuenta en la persona: Al utilizar el darse cuenta de sí mismo, descubre lo que él es y no lo que debería ser o lo que podría haber sido. Aprende a confiar en sí mismo, obteniendo el desarrollo óptimo de su personalidad, dándose soporte a sí mismo. (Castanedo 1997). Ya que el darse cuenta siempre va acompañado de formación de gestalts, y dándose cuenta, el organismo puede movilizar sus energías, contactarse y ver con claridad su figura en el fondo.

Laura Perls en su texto algunos aspectos de la terapia gestáltica (1973), postula el darse cuenta como la libre formación de una gestalt de aquello que más

preocupa e interesa al organismo, a la relación, al grupo o a la sociedad, pasa a un primer plano donde se pueda plenamente vivenciar y enfrentar (reconocer, trabajar, clasificar, cambiar, poner a disposición, etc.), para luego fundirse en el trasfondo (olvidarse, asimilarse e integrarse) dejando el primer plano libre para la próxima gestalt relevante (Perls 1973, pp 2).

Latner, otro autor que trabaja desde la gestalt, define darse cuenta como un aspecto final del funcionamiento sano del individuo; para él significa aprehender con todos los sentidos el mundo fenomenológico, interno y externo, tal como éste es y ocurre. Awareness es lo que ocurre en el momento presente. De lo único que se puede dar cuenta es lo que está sucediendo ahora. Por lo anterior, el darse cuenta se toma en contacto con la gestalt que emergen en ese momento como figura, lo que corresponde a darse cuenta del campo gestaltico total (Castanedo en Palma 2005, pp31)

El darse cuenta esta fundado y energizado por la necesidad actualmente dominante del organismo. No involucra solo conocerse a si mismo, si no un conocimiento de la situación en curso y de la forma en que uno mismo se encuentra en esa situación. Es así, que la persona que se da cuenta, sabe que hace, cómo lo hace, sabe que tiene alternativas y elige como es. Así mismo conoce el ambiente, se responsabiliza por la opciones que toma, se auto conoce, se auto acepta y se puede contactar. Y lo más importante, no puede ser estático, es un proceso de orientación que se renueva en cada momento. (Yontef 1995)

3.6.3.3 Aquí y ahora

“Es una profunda filosofía.

**Aquí y ahora significa estar enteramente en lo
que se hace y no pensar en el pasado o en el futuro,
olvidando el instante presente.**

Si no sois felices aquí y ahora, no lo seréis jamás” (Castanedo 1988, pp. 59)

El Aquí y ahora, da cuenta del presente absoluto, en este lugar y momento, es en donde ocurre el darse cuenta. Ahora es el presente. Aquello de lo que me doy cuenta. En cuanto al pasado, este ya fue, el pasado es la idea de algo que fue. La idea de futuro aun no llega. Tanto la idea de futuro como la concepción de pasado se basa en la comprensión que hacemos del presente actual, en el aquí y el ahora.

En terapia gestáltica en aquí y el ahora momentáneo es punto focal del trabajo del darse cuenta, el contacto y la creación de nuevas soluciones. En cuanto a la escena terapéutica, es de suma importancia que terapeutas y pacientes se comprometan entre sí, basándose en lo que realmente se está experimentando, haciendo o necesitando en este preciso momento. (Yontef 1995)

Moreau en su texto “ejercicios y técnicas creativas en gestaltterapia” postula que el vivir aquí y ahora no es un juego inventado para evitar el pasado o el futuro. No se trata solamente de una filosofía que intensifica la vida y la colma, sino que es también una herramienta de trabajo. [...] Otro valor suplementario e importante del “aquí y ahora” consiste en crear una nueva forma de vida, liberada de los mecanismos constructores del pasado; descubrir las necesidades y satisfacerlas de manera adecuada, establecer relaciones más profundas (Moreau 1999).

El aquí y el ahora, comienza con el darse cuenta de las personas. Si bien existen eventos previos que pueden ser causa de malestar psíquico, emocional y corporal, estos pueden ser objeto del darse cuenta presente, pero el proceso de darse cuenta es ahora. El ahora, se refiere a lo que pasa en este preciso momento.

En las personas que están cruzando por un cuadro depresivo, es de suma importancia el trabajo del Ahora, ya que muchas veces este cuadro se comienza a configurar por eventos del pasado que no fueron concluidos, que acumularon tensión y energía. Lo que provoca en el presente actual la persona se encuentre con ánimo bajo, desgano, irritabilidad, etc. Que no le permiten fluir libremente en sus energías. La experiencia del Aquí y Ahora de sentimientos y conductas inmediatos, se realiza levemente a expensas de recordar el pasado. El énfasis en la inmediatez, en la experiencia en bruto, lleva a un proceso de cambio en la persona y una toma de conciencia de lo que le ocurre. El cambio ocurre en función de un creciente conocimiento, insight o darse cuenta. Sin embargo, el conocimiento no equivale a lo que se verbaliza, oral o internamente, como lo postulan otras corrientes teóricas, en gestalt, el conocimiento se refiere a cómo alejamos la atención de la información sensorial en bruto inmediata de la experiencia.

3.6.3.4 Figura y fondo

En la gestalt, al ambiente sin diferenciar se le conoce como fondo o campo, en tanto al foco sobresaliente de la atención y la actividad, lo que captura en un momento determinado nuestra atención, se le llama figura o gestalt, y por lo tanto lo que no forma parte de esta figura es el fondo.

En términos de la Psicología de la Gestalt, podemos decir que la necesidad

dominante del organismo, en cualquier momento, se convierte en la figura en primer plano y las demás necesidades retroceden, al menos temporalmente, al fondo. Lo que esta en primer plano es aquella necesidad que presiona mas agudamente por su satisfacción [...] 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 como manejarse a sí mismo y a su ambiente, ya que incluso las necesidades puramente fisiológicas pueden ser satisfechas únicamente mediante la interacción del organismo y del ambiente” (Perls 1976 pp.23).

En la terapia gestalt, el ambiente sin diferenciar (la unidad de organismo y medio) se llama fondo o campo. El foco sobresaliente de la atención y la actividad, se llama figura, o gestalt y lo que no forma parte de ese foco es el fondo. El proceso de formar focos de atención y actividad se llama formación de figura o formación de gestalt; el proceso de satisfacción y desaparición de las necesidades y de su gestalt concominantes se llama destrucción de la gestalt o destrucción de la figura Este principio, no implica ni asegura la satisfacción de las necesidades del organismo. Da por sentado que los organismos harán todo lo que puedan para regularse, de acuerdo con sus capacidades y los recursos del ambiente (Latner 1972, pp 33)

Como se forma, se procesa y se construye una figura y un fondo, es una constante en el funcionamiento humano. La calidad de este proceso determinara la calidad de la conciencia, la auto-regulación, el darse cuenta de la persona. Ya que, la persona se auto-regula de manera organismica en la medida en que la figura que se forma en ese proceso sea continuamente moldeada por la necesidad organismica imperante en la persona y del ambiente.

La formación de la gestalt es la creación de una figura en un ambiente, fondo o campo (Latner 1972, pp 35)

El proceso de formación figura-fondo es dinámico y ocurre cuando las necesidades, urgencias y recursos que se hallan en el campo progresivamente otorgan sus poderes de interés, brillantes y fuerzas a la figura dominante pero cuando la figura y el fondo no conforman una Gestalt clara o cuando los impulsos no pueden ser expresados, aparece la psicopatología (Salama 1996, pp34). Si el fondo de una persona es superficial, el significado también lo será. Si la figura de una persona no es vigorosa, aguda y enérgica, el significado tampoco lo será.

En la psicoterapia, lo que configura el proceso figura/fondo no es una emoción al azar, ni una necesidad o interés del terapeuta, sino una misión de gran importancia. Ya que, si la persona logra tomar conciencia de su necesidad imperante, podrá sobreponerla al fondo de necesidades secundarias que deba satisfacer; satisfaciendo esta necesidad, la figura se completa y retrocede al fondo, para que con ello sobresalga otra necesidad en manera de figura. (Yontef 1995)

El concepto de normalidad ocupado en la teoría gestaltica es culturalmente neutro; se define en términos del proceso de formación y destrucción de la figura/fondo en el campo organismo/ambiente.

3.6.3.5 Homeostasis y la autorregulación orgánica

Tanto en la homeostasis como en la autorregulación el organismo lucha por mantener el equilibrio que continuamente es alterado por las necesidades y recuperado por su satisfacción o su eliminación. Es así, que en este proceso el organismo interactúa con el ambiente para mantener su equilibrio, lleva a la

integración de las partes y de un todo que las abarca. (Yontef 1995)

La autorregulación del organismo es el proceso continuo en el que se distinguen las necesidades de los organismos y los medios que se pueden emplear para satisfacer esas necesidades, y en el que se las organiza formando un conjunto coherente de comprensión y actividad en el que se realiza dicha actividad hasta su conclusión satisfactoria. (Latner 1972, pp 32) Se requiere por parte del organismo que lo habitual se perciba plenamente como algo necesario.

La Autorregulación orgánica se basa en el reconocimiento del conjunto completo de información sensorial, mental y emocional, relativo a las necesidades y recursos tanto internos como ambientales. Esta regulación debe estar basada en el reconocimiento y la asimilación que generarán respuestas integradas, que permitirán el equilibrio u homeostasis. Esta asimilación requiere energía biológica dirigida por el darse cuenta. Las respuestas integradas son más bien una síntesis responsable de las fuerzas en conflicto reconocidas e integradas, que permitirán al organismo renovarse en forma constante. (Yontef 1995)

En la autorregulación del organismo está implícita la idea de que los organismos tienen conciencia. Para conocer su propio equilibrio, encontrar y obtener lo que necesitan cuando se rompe dicho equilibrio, los organismos tienen que estar conscientes de sí mismos. Satisfacer las necesidades es algo que urge cuando la necesidad existe; en es automático. (Latner 1972, pp 25)

Es de suma importancia tener en cuenta que este es un proceso biopsicosocial que requiere de un continuo darse cuenta y atención constante a las nuevas necesidades y recursos de cambio en si mismo, en los demás y en la sociedad.

En las personas que se encuentran en un estado depresivo, la

autorregulación de ellas no esta fluyendo, es por ello, que es necesario en terapia que la persona reconozca lo que le ocurre, para que así fluya al cambio. Por parte del terapeuta es necesario aceptar al consultante tal como es en la actualidad y confirmar su potencial inherente para crecer y cambiar la forma en que se esta manifestando actualmente por una expresión más plena de ese potencial. Este cambio por parte del consultante se debería por el aumento del Darse cuenta y la auto-aceptación, en palabras más simples mediante de un sentimiento de reconocimiento de cómo uno es.

Sin embargo, el concepto de autorregulación del organismo no implica asegurar la satisfacción de necesidades. Implica el proceso natural que ocurre con el objeto al llegar al equilibrio homeostático. Implica así mismo realizar adaptaciones creadoras en donde se encuentre.

Este principio, no implica ni asegura la satisfacción de las necesidades del organismo. Da por sentado que los organismos harán todo lo que puedan para regularse, de acuerdo con sus capacidades y los recursos del ambiente [...] no asegura la salud, sino únicamente, que el organismo hace lo que puede con los medios de que dispone (Latner 1972, pp 26-27)

3.6.3.6 Holismo

Para Perls implica ver al ser humano como un organismo unificador donde el todo es diferente a la suma de las partes y que alterada cualquier parte se altera el todo. La psicoterapia Gestalt toma al individuo como un todo en relación a otros Todos que lo engloban por lo que, es fácil suponer que el ser humano afecta

y es afectado por el ambiente (Salama 1996, pp. 95). En otras palabras es la unidad del organismo humano y la unidad de la totalidad del campo organismo/ambiente.

Para la gestalt es de suma importancia el concepto del Holismo, por que de ahí se desprende también que la naturaleza es un todo unificado y coherente. Lo que da sentido en la terapia Gestaltica. Por que desde este punto de vista la comprensión holista del hombre será, mirarlo como cuerpo, emociones, pensamiento, cultura, espiritualidad y sus expresiones sociales en un marco unificado. Usando en forma activa las variables fisiológicas, sociológicas, cognitivas y motivacionales, todas partes del funcionamiento del organismo en el ambiente; todas ellas aportando a la autorregulación orgánica. (Yontef 1995)

La terapia gestaltica es holista y considera al organismo humano potencialmente libre de jerarquías de control interno.

3.6.3.7 Auto-apoyo

La terapia Gestáltica se ocupa que la persona pueda tomar las riendas de su existencia: Frits Perls explica que la meta de la Terapia Gestalt consiste en que la persona logre limpiar sola su propio trasero; ello implica la transición de recibir soporte del medio a darse soporte a si mismo. En otras palabras pasar de ser dependiente a ser independiente (Castanedo 1988, pp. 13)

Lo que importa es que las personas pasemos del apoyo ambiental a ser capaces de tomar las riendas de nuestras vidas. Así nos haremos maduros y responsable de nuestros actos...“la madurez del individuo se logra mediante la disminución del apoyo ambiental, el aumento de su tolerancia a la frustración y desmoronamiento de falso afán por *representar* roles infantiles y adultos” (Perls,

en Faber y Mena 2007, pp 45).

El crecimiento personal, incluyendo la asimilación del amor y la ayuda del otro requiere del auto-apoyo. El que se da en la identificación de la propia condición, la que se da en la actual experiencia, conducta, situación. El auto-apoyo debe incluir tanto el conocimiento como la aceptación de uno mismo –las necesidades, capacidades, ambiente, deberes, etc.-

En la terapia Gestaltica el objetivo no es resolver los problemas del consultante, ya que con eso, no se le permite su auto-apoyo. En la terapia, el consultante es un participe activo y responsable, que aprende a experimentar y a observar, de modo tal que es capaz de descubrir y lograr sus propios objetivos a través de sus propios esfuerzos. La responsabilidad por la conducta del consultante, por los cambios de conducta y por el trabajo para lograr los cambios, es dejada en manos del consultante. (Yontef 1995)

3.6.3.8 Contacto:

“Un contacto sano no es fijo sino móvil”

(Latner 1972 pp65)

El contacto es básicamente un darse cuenta de una conducta hacia lo nuevo y asimilable. En Gestalt se le toma como un darse cuenta sensorial unido a una particular forma de conducta motriz. El límite o Frontera de Contacto, es aquello que encuadra todo lo que pasa entre la persona y su medio. (Salama 1996 pp 95). En otras palabras es tomar conciencia de la tolerancia de acercamiento en un preciso momento, y al mismo tiempo la toma de conciencia de los límites.

El contacto se refiere precisamente a la naturaleza y la calidad de la forma en que nos ponemos en relación directa con nosotros mismo, con nuestro

ambiente y con los procesos que los relacionan. Contacto es ver la cara de otro; contacto es experimentar y percibir la textura del paño tejido a mano, o la náusea que sentimos después de comer demasiado (Latner 1972 pp65)

El contacto consiste en apreciar las diferencias, en aprehender un problema, del cual por definición la persona tiene conciencia. Así el organismo interactúa con el medio ambiente que le rodea, llegando a auto-regularse en la satisfacción de sus necesidades. (Castanedo 1988 pp 49)

El contacto incluye el apetito y el asco, el acercarse y evitarse, la sensación, el sentimiento, la manipulación, el juicio, la comunicación, la lucha, etc. es toda la relación que se sitúa en la frontera organismo/entorno. (Robine, 2002 en Diaz y Guerrero 2007). Mediante los sentidos de la vista, el oído, el tacto, gusto y olfato, además de la conversación y el movimiento, nos vivenciamos a nosotros mismos y nos contactamos con el mundo.

Existe lo que llamamos frontera de contacto, este concepto se refiere a una frontera permeable que limita al organismo de su ambiente que lo contienen, que lo protege y al mismo tiempo lo toca. Así mismo, es de suma importancia el retiro, ya que el contacto y el retiro, en su forma rítmica, son los medios de satisfacer nuestras necesidades, de continuar los procesos cambiantes que constituyen la vida misma [...] es importante que este proceso sea fluido ya que así el ritmo básico del individuo, pueda resultar sano. (Palma 2005, pp 28)

La calidad del contacto, en su forma más desarrollada corresponde a la relación Yo-Tú, incluye el reconocimiento y la aceptación de ambas personas que participan en el encuentro, sus diferencias y sus semejanzas, sin que una de ellas necesite a la otra para ser diferente a como es. (Salama 1996 pp 95).

Hacer un buen contacto es comprometerse plenamente es ese estar en

contacto, de tal modo que nuestra compenetración con aquello con lo que estamos en contacto, sea completa y satisfactoria. Es ver al otro cara a cara sin ese velo gris que interponen nuestras esperanzas u opiniones sobre lo que estamos viendo y aunque interfieran nuestro cansancio o nuestro aburrimiento (Latner 1972)

Un mal contacto coincide con nuestro desinterés por aquello con lo que nos encontramos, o con el temor que eso mismo nos causa y con la depuración que hacen nuestras elucubraciones o reacciones posteriores. Una persona deprimida que está viendo al mundo opaco y sin vida, tiene un contacto muy débil consigo misma y con su medio (Latner 1972, pp 65)

En la vida cotidiana como en terapia, las relaciones crecen a partir del contacto. Ya que es a partir de este (contacto) que las personas crecemos y formamos nuestra identidad. El contacto implica ser tocado, es algo activo, proporciona una satisfacción en la persona que lo establece, comprendiendo todo aquello que implica el área sensorial y emocional de la persona. Da la posibilidad a la persona de saber que es lo que quiere y por eso mismo de separar lo interno de lo externo (organismo/ambiente).

Como lo postula Salama, el contacto es la experiencia del límite entre mi “yo” y mi “no yo”. Es la experiencia de interactuar con el no-yo, manteniendo al mismo tiempo una identidad propia separada del no-yo. La que terapia ayudara a las personas a desarrollar su propio apoyo para contactarse o alejarse según lo decida. El contacto en terapia se caracteriza por una preocupación íntegra, entusiasmo, aceptación y auto-responsabilidad.

3.6.3.9 Campo psicofísico

Se le denomina campo a lo que equivale a organismo + ambiente y no a un sujeto separado de su ambiente.

El campo psicofísico determina la conducta, lo que por naturaleza es tanto psicológico como físico. Dentro del campo psicofísico se encuentran los determinantes de las conductas que constituyen el yo y los determinantes externos compuestos del medio ambiente conductual; del yo forma parte mi ropa, mi familia, mi país. El medio ambiente conductual refiere a todo lo que es experiencia o conocimientos conscientes; se determina por la distribución de fuerzas en el medio físico o geográfico. Estas fuerzas o estímulos sensoriales actúan sobre los órganos sensoriales; éstos a su vez sobre el sistema nervioso, y de ahí van a la mente". (Castanedo 1998, pp. 45)

3.6.3.10 La Diferenciación y la dialéctica de las polaridades

La diferenciación es el proceso de separar las posibilidades en opuestos, en polos [...] los opuestos se necesitan mutuamente y están relacionados estrechamente. (Latner 1972, pp 46)

Las polaridades están profundamente arraigadas en el funcionamiento del organismo. [...] La relación de los opuestos consiste en que la existencia de uno necesariamente exige la existencia del otro (Latner 1972, pp 46)

La interacción entre los opuestos funciona como un proceso dialéctico. Los opuestos llegan a distinguirse y a oponerse; después, cuando entran en conflicto, se logra una solución que une a ambos polos para formar una figura más importante que la simple combinación de los opuestos: es una creación nueva (Latner 1972)

3.6.3.11 Salud y Funcionamiento Normal en Gestalt

*“Nos encontramos sanos cuando entramos en contacto
con nosotros mismos, como nuestro
ambiente y las relaciones entre ambos”*

(Latner, 1972)

Perls en su texto *ego, hambre y agresión* (1947), postulará que un individuo es normal, cuando forma configuraciones con las características de una buena gestalt, siendo la figura organizadora la necesidad dominante. El individuo satisface esta necesidad contactando el ambiente con alguna conducta sensorio-motora. El contacto lo organiza la figura de interés contra un fondo del campo organismo/ambiente.

Para Perls, el estado de salud se caracteriza “por un proceso de constante homeostasis interna del organismo, considerado como un todo, en el que el cuerpo es el aspecto visible de la personalidad, y la mente una serie de funciones, tales como la atención, que facilitan la relación sujeto – objeto – ambiente. Y de ajuste externo a las condiciones fluctuantes del medio físico y social. Esto ocurre a lo largo del ciclo de la experiencia, o de satisfacción de las necesidades, o de autorregulación del organismo”. (Gómez 2004). En una persona sana, la figura cambia cuando es necesario, es decir cuando la necesidad es satisfecha o reemplazada por otra más urgente.

Una conducta sana en los seres humanos debe ser una conducta integral. Cuando tenemos salud estamos a tono con todas nuestras capacidades y con el proceso que nos hace ser lo que somos. Nos identificamos con todas estas

funciones vitales. En estado de salud, no nos encontramos en una tregua incómoda entre las facciones conflictivas de nuestra psique, ni estamos dominados por los dictados de nuestra mente, nuestro cuerpo o nuestra voluntad (Latner 1972, pp 51)

Un funcionamiento normal es aquel que es integrado, es decir, aquel que se logra cuando, la persona se relaciona de manera sincera y concentrada en un solo objetivo, poniendo todo de sí, poniendo en juego todas sus capacidades para encontrarse con el entorno. Se trata de un movimiento holístico, pues todo su ser es el que está en movimiento. (Faber y Mena 2007) Así mismo, es cuando el organismo logra completar su gestalt y las destruye, lo que sirve para que el organismo logre permanecer en equilibrio, sea un organismo integrado con su medio interno y externo, adaptándose a los cambios que se van suscitando.

Para que el organismo se encuentre en estado saludable, debe estar integrado y así mismo debe formar y destruir satisfactoriamente las gestalten. Con eso, tendrá la capacidad de auto conocerse, dándose cuenta con lo que le ocurre en su devenir, y podrá encontrarse en equilibrio. Con ello lograra adaptarse creativamente a los cambios de su medio interno como externo y podrá salir airoso de las situaciones que atenten en contra la integridad del “yo” con lo que ha aprendido e internalizado en el transcurso de la vida.

Estar sano tiene que ver con estar en contacto con uno, el ambiente y darse cuenta en el aquí y ahora de lo que sucede en la realidad. Pudiendo recurrir a las herramientas necesarias para sobrepasar y distinguir los sobresaltos que deparan en la vida (Yontef 1995).

3.6.3.12 Lo Anormal y psicopatológico

“Estamos enfermos cuando no estamos en contacto con nosotros mismos y con nuestro ambiente” (Latner 1972)

En las corrientes humanistas, más que buscar la psicopatología en las personas, se busca la toma de conciencia, el conocimiento de sí mismo y que la persona se pueda apropiarse de su vida y manejarla siendo responsable, dirigiéndose hacia la autorrealización.

En la Psicología de la Gestalt, la enfermedad como “estado” implica la ausencia de un libre funcionamiento. Esto no quiere decir que el funcionamiento sano esté exento de dificultades o vulnerabilidades. Lo importante es que seamos creativos y capaces de salir airoso de situaciones que atenten contra la integridad del “yo” con todo el amplio repertorio de recursos y experiencia que tenemos. (Faber y Mena 2007)

La anormalidad consiste en interrumpir la gestalt en diversos aspectos de su aparecer (Latner 1972 pp 98)

Salama diría que cuando la figura y el fondo no conforman una gestalt clara o cuando los impulsos no pueden ser expresados, aparece la psicopatología. La que también aparecería cuando la persona tiene asuntos inconclusos, los que pueden pertenecer al pasado distante o reciente, asuntos no iniciados, pertenecientes al futuro y finalmente por acontecimientos o sucesos sorprendentes e inesperados, únicamente el comienzo de lo que ocurre se sitúa en el presente, no son parte de la formación normal de la gestalt de la propia realidad actual, dado que estos acontecimientos son tan extremos que no pueden ser fácilmente absorbidos por la organización actual de la gestalt. “(Castanedo, en Palma 2005)

Interfiriendo en el libre funcionamiento de la persona.

Cuando el darse cuenta no se desarrolla (figura y fondo no forman una gestalt clara) es esta transacción, o cuando los impulsos no son expresados, se forman gestalten incompletas y se desarrolla la sicopatología. Por otro lado, cuando la gestalt se bloquea o rigidiza en alguna etapa, cuando las necesidades no son reconocidas y expresadas, se alteran la armonía flexible y el flujo del campo organismo/ambiente. Las necesidades no satisfechas forman gestalten incompletas que claman por atención y, por lo tanto interfieren en la formación de nuevas gestalten.

La neurosis, se caracteriza por la dificultad de darse cuenta del entorno, de lo propio y de la fantasía y la falta de movilidad de la energía del organismo en cerrar o finalizar las gestalten [...] Se plantea que cuando el individuo pierde sus habilidades para organizar su conducta de acuerdo a sus necesidades desde las más esenciales en adelante se encontraría en una “neurosis”, es decir, una persona equilibrada dirige sus esfuerzos y acciones a la satisfacción de sus necesidades dominantes presentes, físicas o psicológicas [...] En el neurótico no existe este estado de equilibrio, al no seleccionar los medios para la satisfacción de sus necesidades debido a una falta de integración de su sí mismo, éstas se quedan allí inconclusas, sin otra opción, en donde el individuo debe buscar una salida que externamente se aprecia en escapes poco saludables, como la depresión. (Faber y Mena 2007)

3.6.3.13 La Personalidad: el “Yo”

La personalidad es la imagen del individuo que conocemos a través del tiempo. Equivale a la experiencia anterior y al conocimiento de si mismo. Cambia durante la vida, y se manifiesta distinto en distintas situaciones. Es discordante pero a la vez unificado (Robine, 2002, en Diaz y Guerrero 2007, pp 84)

El yo es nuestra esencia; es el proceso de valorar las posibilidades del ambiente, integrarlas y llevarlas a su realización de acuerdo con las necesidades del organismo. El yo es el agente en contacto con el presente, realizando la adaptación creadora, dándole un significado. El yo es nuestro proceso sano en marcha, en cuanto funcionamiento para sostenernos en la existencia y para desarrollar nuestro organismo (Latner 1972, pp 58)

El yo brota como un resultado de nuestro desarrollo y aprendizaje pasado y de su interacción con la individualidad que traemos al mundo; herencia, constitución y destino (Latner 1972)

Latner postula que el Yo abarca los aspectos físico, emocional, cognitivos del ser humano. Que es el núcleo de la personalidad, desde hay miramos el ambiente y lo integramos, de acuerdo a las necesidades que sean figura en el devenir. A través del yo nos actualizamos en la experiencia y nos contactamos. Sin embargo, el yo no existiría si no tuviéramos en nuestra personalidad el ello y el ego. Quienes cumplen distintas funciones en la integración de nuestra personalidad. (Faber y Mena 2007)

El ellos es la forma de funcionar en la que nos sentimos como si nos moviera el ambiente y reaccionáramos frente a él casi en forma automática. La función de ellos es veleidosa, desprovista de voluntad; se presenta cuando el flujo de impulsos sensoriales y motores marcha sin obstáculos ni dificultades (Latner

1972, pp 61)

El ello es aquella parte creadora, gozadora, placentera, elástica, flexible, pasivo y relajado. Es lo que atañe a las necesidades, apetitos, instintos, deseos, que nos abre a nuevas experiencias y nos autoactualiza.

El ego es el funcionamiento del yo en el polo opuesto del ello. Mientras este último es pasivo y relajado, el modo ego es deliberado, voluntarioso y activo. El modo del ego se convierte en el estilo característico del yo cuando no se logra establecer fácilmente el equilibrio del organismo y entonces se necesita movilizar más energías del ambiente para conseguir la adaptación (Latner 1972, pp 62) Es la parte deliberada, voluntariosa y activa. Es quien capta la información del entorno la acepta o la rechaza, de acuerdo a las necesidades que tenga que satisfacer. (Faber y Mena 2007).

Mientras que la función del ello reduce a un mínimo los límites entre el organismo y las otras partes que integran el campo, el funcionamiento del ego las resalta (Latner 1972, pp 62)

En forma ideal, el carácter del yo en la terapia gestalt es estilístico. El yo tiene una modalidad que se adquiere en nuestra forma particular de estar comprometidos en el proceso. Es nuestro modo individual de expresar nuestro yo cuando entra en contacto con el medio (Latner 1972, pp 59)

Para Perls en el yo/personalidad de todo ser humano existen seis capas que lo recubren, estas capas las define como:

- **Estrato Falso:** el que es algo así como la fachada, lo que dejamos que los demás vean.
- **Estrato “Como si”:** es donde encontramos los roles, es así mismo lo que empleamos para manipular a los otros, es nuestro funcionamiento del

“como si” fuéramos lo uno o lo otro. A grandes rasgos en nuestra manera de actuar habitual en el mundo.

- **Estrato Fóbico:** se encuentran nuestras inseguridades, temores frente a nosotros mismos y lo externo. Encontramos nuestras heridas, las penas, el dolor, etc. Lo que escondemos y no queremos tocar de nuestra personalidad.
- **Estrato del Atolladero o implosivo:** la diferencia en el estrato de atolladero donde encontramos la sensación de vacío, en donde nos sentimos inmóviles y las faltas de energía, algo que se asemeja como la muerte. En cambio en el Estrato impulsivo, encontramos todas nuestras energías sin usar, la vitalidad congelada, lo que esta en dirección de mantener nuestras defensas.
- **Estrato explosivo:** este estrato cumple la función de disparar las fuerzas estancadas para lograr la autenticidad, dando paso al Yo verdadero que se encuentra oculto. Los cuatro tipos de explosión son: el gozo, aflicción, orgasmo y coraje.
- **El self verdadero:** es le verdadero ser humano que existe detrás se un sujeto.

3.7 Ciclo de la experiencia

En el ciclo de la experiencia o “Darse cuenta – Excitación” propuesto por Zinker, está compuesto por seis etapas que se iniciaría con la sensación, la que se desplaza al darse cuenta la que generará excitación y energía, que movilizará hacia la acción para posteriormente reposar. El cual se repite, mientras se encuentren Gestalts abiertas.

Este ciclo permite al terapeuta determinar según el discurso y la acción del Cliente exactamente donde se encuentra bloqueada esta persona, y permitir dar los objetivos para la terapia de la Gestalt.

Cuando este proceso no se da en forma fluida da cuenta de la presencia de bloqueos o interrupciones. Las resistencias, si bien estas no se entienden como patológicas, estas formas de energías pueden provocar que se disminuya el contacto, que bloqueé o que anulen. Por ello podemos entenderla como un bloqueador o anulador de energía, las que estancarían a las personas en una parte del ciclo de la experiencia.

Las Fases del Ciclo de la experiencia son (Castanedo 1988)

- 1. Sensación:** determina la identificación de la zona interna al sentir físicamente una tensión de algo que aún no se conoce. Implica el uno de los cinco sentidos; auditivo, visual, táctil y gustativo, además de las sensaciones propioceptivas, de los sueños, pensamientos. Cuando la persona inhibe sus sensaciones, estas no pasan al segundo estadio, y por lo tanto, no llegan a la toma de conciencia. Entre la resistencia que se encuentra entre las fases sensación – conciencia, se sitúa la proyección como la resistencia del darse cuenta.
- 2. Darse cuenta:** la persona a través de los sentidos se da cuenta de lo que le ocurre tanto interna como externamente. Es poner atención a las sensaciones y organizarlas. La conciencia nos permite saber qué es lo que necesitamos, determinando la naturaleza de los estímulos percibidos. Cuando se toma conciencia de las sensaciones que se tienen en el aquí y el ahora se pasa inmediatamente a la movilización de energía. A medida que se desarrolla la toma de conciencia se produce la **excitación**¹, fenómeno que se da debido a la energía que ha movilizó la persona. Sin embargo, cuando alguien bloquea sus sensaciones es imposible que llega a concluir las situaciones o culminar el ciclo de la experiencia. Entre la segunda y la tercera fase se da la resistencia de la introyección. (Castanedo en Palma 2005)

¹

Excitación es el termino usado para referirnos a la manifestación de energía en nuestros niveles fisiológicos y de experiencia [...] es energía liberada y disponible que se origina en las actividades que realizamos para asegurar nuestras supervivencia: buscar alimento y respirar [...] la excitación

3. **Movilización de Energía:** significa la habilidad que tiene la persona de ejecutar el trabajo. Sirve para tomar una conducta más adaptativa. Sin embargo, cuando se encuentra bloqueada la persona en esta fase, no puede llevar a cabo la acción. La **excitación** se encuentra en la tercera fase del ciclo, es la manifestación de la energía en los niveles fisiológicos y de experiencia. (Castanedo 1988)

4. **Acción:** en esta etapa ocurre el paso a la parte Activa movilizandando la energía del organismo hacia el objeto racional. Se produce como consecuencia del movimiento, se da cuando por medio de comportamientos adecuados y habilidades sociales surgen las respuestas motoras que permiten entrar en contacto con el entorno para satisfacer las necesidades. (Palma 2005, pp 34) Entre la movilización de la energía y la acción se sitúa la resistencia conocida como **retroflexión**. (Castanedo 1988)

5. **Contacto:** En esta fase se establece el contacto pleno con el satisfactor y se experimenta la unión con el mismo. El organismo experimenta placer ante la necesidad que está satisfaciendo (Salama 1996). El contacto se da en un punto en que se alcanza el conocimiento del como, cuando, donde y de que forma una necesidad puede ser satisfecha (Palma 2005) En la interrupción del ciclo entre la acción y el contacto, se da la resistencia conocida como **deflexión**.

6. **Reposo:** Representa el equilibrio y punto de inicio de la experiencia. Tiene el mismo valor la necesidad biológica como la psicológica, por lo que el inicio de esta fase está conectada a la necesidad emergente, sea cual fuere. (Salama,

general se percibe como la sensación indiferenciada de sentirse vivo. (Latner 1972, pp 43-44)

1996) El reposo se logra cuando el sujeto culmina la experiencia vivida y se retira. (Palma 2005). Cuando hay una interrupción entre el contacto y el reposo, la última fase del ciclo, aparece el mecanismo conocido como **confluencia** interna en la que no existe la diferenciación. (Castanedo 1988)

Este ciclo, es un ciclo repetitivo, una vez que una necesidad se encuentra satisfecha el organismo se retira y esta listo para satisfacer una nueva.

3.7.1 Mecanismos de Defensa en el Ciclo de la Experiencia

En toda resistencia o bloqueo dentro del ciclo de la experiencia, lo que aparece es una necesidad insatisfecha, que impide, que el ciclo finalice y se inicie otro. En este momento lo que ocurre es que la energía se concentra en la fijación o bloqueo (Palma 2005)

Desde la terapia Gestaltica se aprecian 6 bloqueos:

1. **Desensibilización:** es la resistencia que impide el uso de los referidos sentidos y sensaciones. Es un proceso mediante el cual la persona bloquea su sensibilidad a las sensaciones tanto del medio externo como del interno, esto estimula el proceso de intelectualización por lo que se intenta explicar racionalmente su ausencia de contacto sensorial. (Salama 1996)
2. **Proyección:** esta dada por la tendencia a responsabilizar al ambiente, puede ser tanto a objetos como a personas proyectándose de que es uno mismo (Palma 2005). El mecanismo de la proyección implica atribuir a otras, situaciones que le son propias; mediante ello la persona no asume

responsabilidad sobre sus propios actos, pensamientos o emociones. (Salama 1996).

3. **Introyección:** significa poner adentro. En la introyección la persona muestra conductas que son distónicas con su Yo por lo que está llena de “debeísmos” con lo que no está de acuerdo aunque odebezca. Difícilmente puede formar una nueva figura si está saturada de viejas órdenes figurales. (Salama 1996) Las introyecciones son así mismo material que no ha sido asimilado por que se ha hecho parte integral del organismo. En esta interrupción la persona se ve a si misma como parte del entorno que ha ingerido o incorporado, pero no asimilado. (Palma 2005)

4. **Retroflexión:** significa volver la hostilidad contra si mismo. Es la interrupción entre la movilización de energía y la acción. La retroflexión consiste en hacerse a sí mismo en términos agresivos lo que le gustaría hacerle a otros. Cuando la energía debería ser canalizada hacia el exterior para afectar al entorno, es redirigida hacia el interior y se auto-culpa. (Palma 2005) con esta auto-interrupción la persona descarga su energía sobre su Self provocándole somatizaciones como: neurodermatitis, gastritis, depresiones, insomnio, etc. lo que le impide utilizar energía libre para completar su gestalt. (Salama, 1996).

La estrategia natural aquí es facilitar la descarga energética sobre un objeto neutro que simbolice o represente una figura o situación molesta o temida. Para ello es importante localizar introyectos. (Salama, 1996).

5. **Deflexión:** significa desviar lo que emerge en el aquí y el ahora (Palma

2005). Implica evitar el contacto una vez iniciada la acción tendiente a cerrar la gestalt (Salama, 1996). Es utilizado por las personas que sin darse cuenta, modifican el curso de una conversación o de una interacción, con el fin de evitar entrar en el fondo de una situación o tener que encontrarse frente a frente con una (Palma 2005).

6. **Confluencia:** es perder los propios límites del “Yo” para buscar aceptación y/o reconocimiento del “otro” (Salama, 1996). En otras palabras es estar siempre de acuerdo con lo que los otros piensan, sienten y dicen [...] el potencial existencia y creativo de la persona está considerablemente disminuido por hecho de que escapan al contacto diferenciado de confrontación que es tan enriquecedor en el desarrollo (Palma 2005).

3.8 Proceso Grupal Gestáltico

En la tesis “Impacto de un taller artístico de orientación Gestaltica, en las habilidades emocionales de niños tímidos” las autoras describen que los Grupos terapéuticos gestalticos pasan por cuatro principios básicos:

1.) Primacía, en cada momento de la experiencia grupal en marcha: da cuenta que ningún proceso o acto grupal debe ser pasado por alto, todo debe ser aclarado y orientado creativamente hacia una resolución.

2.) Proceso de desarrollo de la conciencia grupal: es en este proceso, donde cada integrante del grupo comienza a tener conciencia de lo que sucede dentro de este, sobrepasa las conciencias individuales.

3.) Importancia del contacto activo entre los participantes: el contacto se ve en la capacidad de cada individuo ser alguien único e irrepetible en el grupo, con su rol y sus potencialidades, capaz de diferenciarse con cada miembro del grupo y teniendo similitudes con estos.

Así mismo, el crecimiento se da en esta etapa, ya que el individuo debe poder separarse del ambiente, lo que lleva obliga a inventar respuestas creativas para enfrentar el ambiente y avanzar hacia el cambio y el crecimiento. Así, la tarea primordial del grupo se enmarca en dar la posibilidad del encuentro y el contacto entre los participantes del grupo.

4) Empleo de experimentos de interacción estimulados por un líder que interviene activamente: el líder es quien comienza con las platicas y

muchas veces es quien el que tiene el control del grupo. Ayuda a estimular el trabajo individual y la participación grupal.

Etapas del grupo

Las etapas por las que atraviesa un grupo ha sido reseñadas por Elaine Kepner. En los grupos gestálticos se debe poner atención en el desarrollo de los individuos en el grupo, y en el desarrollo del grupo como un sistema social. (...) en términos gestálticos, el crecimiento personal en la psicoterapia de grupo puede ser descrito como un fenómeno de establecer límites de contacto, es decir el resultado del contacto entre el self y el medio. (Castanedo, 1988, pp. 86)

El proceso grupal estaría compuesto por cuatro etapas:

Primera etapa del grupo: Identidad y Dependencia: esta etapa da cuenta de uno y de los otros. La identidad de cada miembro es dependiente, en algún grado, de la forma en que el individuo es percibido y respondido por cada uno de los miembros del grupo, incluyendo al facilitador.

Segunda etapa del grupo: Influencia y contra-independencia: en esta etapa cada miembro del grupo está consciente de que está siendo influido por todo lo que ocurre en el grupo y que ciertas normas implícitas o explícitas en el grupo hacen difícil conducirse diferentemente de lo que parece ser aceptado por el grupo.

Esta etapa se caracteriza por influencia-autoridad-control.

Los miembros pueden comenzar a modificar las normas que están operando en un grupo interrumpiéndolas, o expresando, entre ellos, reacciones negativas de lo que esta ocurriendo. También pueden hacerlo directamente cuestionando al facilitador su autoridad y competencia.

Tercera etapa: Intimidad e interdependencia: en esta etapa se debe ayudar al grupo a realizar el cierre y, en segundo lugar, dar a conocer a los miembros del grupo los asuntos inconclusos que no han podido enfrentarse. Se debe contener la independencia de cada uno de los miembros del grupo, así como el contacto.

Cuarta etapa: Cierre: se caracteriza por el reposo, la retirada de la energía, reconocimiento de lo que no es posible, y apreciación de lo que se ha realizado en el grupo.

Independientemente de su duración, los grupos son sistemas temporales que deben pasar por un proceso de cierre, al que sigue una nueva entrada en el mundo “real”. Los miembros del grupo deben decirse “adiós”, entre sus compañeros y con quienes compartieron las vivencias del grupo. (Castanedo, 1988, Pág. 87-89)

3.8.1 Rol del terapeuta en el grupo

El terapeuta funciona como un maestro que enseña los procesos fenomenológicos y asiste a los miembros del grupo a identificar asimismo que se den cuenta como y de qué forma la toma de conciencia y la energía están bloqueados, y cómo la excitación y el contacto con el medio están siendo evitados.

Como postula Zinker, el terapeuta en el proceso grupal constituye lo quiera o no la autoridad, pero también debe tener la capacidad de moverse con

fluidez dentro del grupo, ocupando el centro del grupo estimulando activa y creativamente el trabajo individual o hacerse a un lado y dejar que el grupo fluya por si solo, participando como uno más de los integrantes. Puede inducir al grupo a comportarse experimentalmente o modificar los procesos de este. (Zinker 2003 en Cornejo, Espinoza y Molina 2005)

El rol más importante del terapeuta dentro del grupo es la capacidad de observar y participar en el “aquí y ahora”, siendo un catalizador de las experiencias. Segurizando a los participantes del grupo y ayudando a los individuos a darse cuenta de lo que les sucede ya sea dentro como fuera del grupo terapéutico, así también se logra la madurez de la persona en la toma de decisiones y en la responsabilidad de las opciones que tome en su devenir.

El proceso grupal es de suma importancia para las personas que padecer depresión, ya que en este proceso se intercambian vivencias, se crean redes, se proporcionan ayuda, etc. Siendo una de las metas más importantes en el tratamiento de las personas con depresión, el poder realizar buenas relaciones interpersonales, ya que muchas de las personas que padecen la enfermedad se aíslan de su medio. Es el lugar para que la persona se percate de cómo es la interacción con otras personas, que experimente conductas nuevas y se haga responsable de lo que le sucede. Para que tome conciencia de lo que le ocurre y se de cuenta que las otras personas tienen sentimientos y problemas similares.

Se tiene la premisa que las sesiones grupales deberán ser placenteras y satisfactoria, en donde los participantes se sientan interesados, interesantes, seguros y aceptados en el grupo. Sintiéndose libre de expresar lo que desee, revelando sus emociones, pensamientos, opiniones, sabiendo que encontrara en el terapeuta y en los otros integrantes apoyo y conexión. En otras palabras, el que

cada integrante incluyendo el terapeuta fluyan en el proceso grupal.

3.9 Terapia Gestaltica

“En la interacción humana, un encuentro genuino exige que seamos total y exclusivamente nosotros mismos” (Latner 1972, pp 54)

La terapia Gestaltica es una filosofía y metodología general, y se aplica en una variedad de estilos con una gran variedad de pacientes y en una gran variedad de modalidades y ambientes.

Lo que en otras terapias se llama trastorno mental, en psicoterapia gestaltica se llama interferencias con el proceso de formación y destrucción de la gestalt, las cuales acarrearán distorsiones y desequilibrios a nuestra integración básica. Son trastornos del funcionamiento y desarrollo del yo. [...]la caracterización del trastorno en la terapia gestalt consiste, en términos de diferencias,, en la clase y la calidad de la discrepancia del proceso gestalt de formación y destrucción de figuras en relación con su modo sano y normal. (Latner 1972 pp 93)

La terapia de la Gestalt, propone centrarse en el presente, guiarse por el nivel emocional y dando valor a la movilización de la energía. Por ello, propone al cliente centrarse en que tome conciencia de si mismo y su experiencia inmediata. Es la libertad para hacer terapia con espontaneidad, vivacidad y creatividad. Pero también impone responsabilidad. Responsabilidad de saber que estamos haciendo. La responsabilidad de especificar lo que hacemos y compartirlo para que los efectos puedan ser estudiados. Responsabilidad de

mejorar la terapia. (Yontef G. 1995) Es por ello, que en esta tesis, el afán del autor, es realizar el grupo de orientación gestáltica y compartirlo con las personas que deseen sumarse al trabajo del experimento. Ya que, esta tesis se plantea un experimento y nueva propuesta en el ámbito de la salud primaria, debido a que el programa de depresión nos plantea una intervención desde un enfoque cognitivo-conductual, sin ocuparse por el contacto, el trabajo físico de las personas, el aquí y el ahora, etc. El grupo terapéutico es experimental, por donde se le mira, ya que es una nueva manera de intervención en el ámbito de la salud pública y es experimental en uno mismo, ya que los integrantes nos veremos en la obligación de captar la conducta del momento actual de la vida por medio de los hechos. Con el objeto de entregar a los participantes los medios con los cuales pueda resolver sus problemas actuales y cualquiera que pudiera surgir en el futuro. Con el fin de que se auto-apoyen, enfrentándose consigo mismo y con sus problemas con todos los medios a su alcance en el momento.

Si bien, en terapia Gestáltica el terapeuta se debe centrar en el paciente como en cualquier otra psicoterapia, el logro es que en Gestalt la relación es horizontal, difiriendo así de la relación terapéutica tradicional. Con un mismo lenguaje, enfocado en la centralidad del presente, enfatizando la experiencia directa de ambos. Reforzando que tanto el paciente como el terapeuta son auto-responsables.

Los terapeutas son responsables por la calidad y cantidad de su presencia, por el conocimiento de sí mismo y del paciente, por la mantención de una postura no defensiva y de sus procesos de darse cuenta y contactos claros y adaptados al paciente. Son responsables de las consecuencias de su conducta y de crear y mantener la atmósfera terapéutica (Yontef 1995 pp. 143)

Joseph Zinker, en su texto *El proceso creativo en la terapia Gestaltica*; propone que cuando una persona participa en un Proceso Gestaltico, se espera:

1.- Avance a una conciencia de si misma: de su cuerpo, sus sentimientos, su ambiente.

2.- aprenda a sumir la propiedad de sus experiencias, en vez de proyectarlas sobre los demás.

3.- Aprenda a tener conciencia de sus necesidades y a desarrollar destrezas que le permitan satisfacerlas sin atentar contra las de otros.

4.- Avance hacia un contacto más pleno de sus sensaciones, aprendiendo a oler, a saborear, a tocar, a oír y a ver, de modo que pueda apreciar todos los aspectos de si misma;

5.- avance hacia la experiencia de su poder y de la capacidad de sostenerse por si misma, en vez de apelar al gimoteo, los reproches y el engendramiento de culpa en los demás con el fin de reclutar apoyo en el ambiente;

6.- se torne sensible a lo que la rodea y al mismo tiempo, sin embargo, se invista de una coraza contra las situaciones potencialmente destructivas o ponzoñosas;

7.- aprenda a asumir la responsabilidad de sus acciones y sus consecuencias;

8.- se sienta cómoda en contacto consciente con la vida de su fantasía y su expresión de ella.

“A medida que el trabajo avanza, la persona siente un bienestar cada vez mayor en la experiencia de su energía y la utiliza en una forma que le permite funcionar plenamente. Actúa sin disipar su energía, aprendiendo a integrar creativamente, dentro de si misma, sentimientos conflictuales, en vez de pujar contra si propio organismo o polarizar su comportamiento. Tales son algunas de las metas

generales de la terapia gestaltica” (Zinker, 1991)

3.10 Depresión desde el punto de vista gestaltico

3.10.1 Perro de arriba y perro de abajo

Desde el punto de vista gestaltico la depresión es vista como el conflicto entre dos polaridades que se ponen en acción, las que se han disgregado y producen malestar en el yo, las que impiden a la persona contactarse. Perls denomino estos segmentos de la personalidad como el “perro de arriba” y el “perro de abajo”. Los que representan un conjunto de introyectos y creencias que la persona ha ido incorporando en su personalidad desde la niñez.

“Desde una perspectiva Gestáltica la depresión es vista como el producto de un conflicto entre dos segmentos de la personalidad que se han disgregado y polarizado estos dos componentes de la personalidad fueron denominados por Perls como "perro de arriba" y "perro de abajo". (Martínez 2006)

El perro de arriba representa el orden, los “debería” que la persona ha hecho suyos sin conciencia, es decir, un superego muy severo. Este superego fue impuesto al individuo desde pequeño bajo amenazas de castigo o retirada de afecto. Estas amenazas (que han sido introyectadas por él), son mal dirigidas como agresión hacia sí mismo (retroflexión), en lugar de dirigir su rabia y frustración hacia el entorno. Dado esto la persona se ha transformado en “su propio dictador o castigador”. En oposición a lo anterior está el perro de abajo, componente de la personalidad que representa actitudes y creencias que hacen referencia al supuesto desamparo, incompetencia y falta de adecuación del

individuo. (Faber y Mena 2007)

De forma inconsciente el paciente deprimido divide su personalidad en estos dos segmentos que manifiestan lo que la persona desea hacer y lo que cree que debe hacer, encarnan la víctima manipuladora y el victimario punitivo. El paciente deprimido interrumpe el contacto con ciertos elementos o personas del campo o entorno, con algunos aspectos de sí mismo o con algunas de las emociones que siente. La forma de interrumpir este contacto es a través de determinadas manipulaciones. Manipula a las personas del entorno y a sí mismo proyectando en los demás las polaridades del perro de arriba y el perro de abajo, la proyección no permite la sensación y expresión de las emociones que estas partes disgregadas de la personalidad le generan por lo que la gestalt nunca concluye y el conflicto permanece sin resolver. (Matinez 2006) Es como si la persona cambiara la sincronicidad del contacto, o el proceso natural de contacto. Se contacta cuando no lo necesita, por lo tanto, se expone y cuando necesita el contacto se limita, por lo tanto, se desnuda (Faber y Mena 2007).

Por otro lado, para la Dra. Schnake la depresión consta de dos opuestos como relación dialogal en el funcionamiento de la persona: una víctima y un omnipotente. La víctima es aquella que se compadece a sí misma por todo lo malo que le ha tocado vivir; el omnipotente desprecia a la víctima por todo lo que ella no ha logrado y se jacta con orgullo de hacer todo lo que ella no puede (Faber y Mena 2007).

Además se postula que para la cura del cuadro depresivo la persona debería aceptar estos dos polos que viven constantemente en los seres humanos. El deprimido comienza sintiéndose absolutamente *poca cosa* y *envidia*, por así decir, al omnipotente, termina sintiéndose más sólido y verdadero. [El depresivo]

Es quien mantiene centrado al otro, que bien podría elevarse como un globo, sin peso que lo devolviera a la tierra (Schnake, 2001, p.127 en Faber y Mena 2007)

3.10.2 Depresión como Forma de auto-agresión

Es el mecanismo que se conoce como retroflexión en la psicoterapia gestáltica y que fue instaurado desde el psicoanálisis como la agresión vuelta contra el yo. En determinadas situaciones las personas se confrontan con la impotencia y no pueden exteriorizar malestar, en otras ocasiones sienten rabia hacia algo o alguien y en vez de expresarla la reprimen. En tales casos es común que la rabia que no se actúa se vuelva contra el paciente en forma de autoagresión. El self se divide en una parte agresora y una agredida y la persona inicia las interminables acusaciones y descalificaciones hacia si mismo que son características de los trastornos depresivos. (Matinez 2006)

En la retroflexión la persona que se encuentra en un estado depresivo, vuelve la hostilidad hacia sí mismo, “golpearse” uno mismo en los casos en que la respuesta corriente consistiría en dirigir la agresión hacia la causa que originó la frustración o la rabia. (Castanedo 1988, pp. 53) Esta rabia que no ha sido capaz de salir fuera en el momento apropiado, mediante el mecanismo de la retroflexión, se ubica en la persona para servirse de su propia energía y poder seguir adelante. Es decir, ya que no ha sido posible dirigir su rabia hacia quienes la sintió, el individuo la ha dirigido hacia sí mismo sin tener conciencia de esto. Este es un claro mecanismo de autoagresión. Por esto pueden surgir luego, las dificultades estomacales como colon irritable, gastritis y dolores musculares crónicos. (Faber y Mena, 2007)

Sin embargo, y aun cuando la observación y la experiencia dan cuenta que el mecanismo de autoagresión (retroflexión) es el causante de la depresión. Esta patología puede estar determinada por otros mecanismos de resistencias que ejercen su efecto en varios momentos del ciclo de la experiencia.

La depresión puede ser tan profunda que el sujeto ve entorpecida su capacidad de tener experiencias de si mismo y del entorno, se aísla en su cama, duerme prolongadamente y pierde la capacidad de sentir placer por cosas que antes le agradaban, llegando incluso a no percibir las señales de hambre que su cuerpo le envía; en esta situación el mecanismo de resistencia o evitación que conocemos como *desensibilización* esta interrumpiendo la sensación que es el primer paso del ciclo de autorregulación. En otras ocasiones la *deflexión*, mecanismo mediante el cual se evita el contacto directo con las experiencias propias o del entorno interrumpe el pleno darse cuenta, el paciente puede en ese caso decir frases como "esta bien me quede huérfano, pero que es en realidad eso de orfandad uno nace solo y siempre esta solo" de esta forma no establece un contacto pleno con el dolor de la pérdida aunque es capaz de percibir su presencia [...] Otros pacientes logran un adecuado darse cuenta de la perdida y del dolor que esta ocasiona, pero son incapaces de movilizar sus energías para establecer un contacto con los recursos del medio, en estas situaciones es común que algunas creencias *introyectadas* impidan la movilización de energía o el contacto con el entorno que hace falta para la resolución de la gestalt, se les oye decir "...si me duele mucho que me haya dejado pero no voy a hablar con ella para arreglar nada, si me humillo es peor". El contacto también puede estar interrumpido por la retroflexión de emociones como la rabia, entonces el paciente comienza a hacerse a si mismo lo que desearía hacer a los demás e inicia una serie de

autorecriminales e incluso a agredirse físicamente de diversas maneras. Como se ve la depresión puede estar mediada por interrupciones del ciclo de la experiencia en distintos momentos y por distintos mecanismos de evitación. (Matinez 2006)

4. MARCO METODOLOGICO

4.1 Enfoque Metodológico

El enfoque utilizado en esta investigación se basa en los principios de la metodología cualitativa. La metodología se establece desde un paradigma que tiene su origen en la fenomenología dentro de las ciencias sociales, en la investigación produce datos descriptivos, es decir, el discurso de las personas, ya sea habladas o escritas y las conductas observables. Este abordaje permite “entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del autor” (Taylor y Bogdan 1998, pp 16). Permite rescatar a través de sus técnicas para recoger datos, las dimensiones humanas de los fenómenos y comprenderlos desde el punto de vista de los propios sujetos.

"En la investigación cualitativa, la persona del investigador tiene una importancia especial. Los investigadores y sus competencias comunicativas son el “instrumento” principal de recogida de datos y de cognición" (Flick 2004 pp. 69). Así mismo, el investigador interactúa con los informantes de un modo natural y no intrusivo, dando cuenta de los efectos que ellos mismos provocan en las personas objetos de estudios.

Este modelo trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas, haciendo posible profundizar el foco del presente estudio, centrado en una aproximación a las vivencias que experimentan las mujeres con diagnóstico de depresión moderada que participaron en el grupo terapéutico de orientación gestáltica. Teniendo en cuenta, que el investigador es parte instrumental de la interpretación de los datos.

Por lo tanto, el enfoque cualitativo permite conocer el fenómeno en su

proceso, teniendo un acercamiento a los significados que componen el sentido en el discurso de los sujetos, ampliando la comprensión de cómo los sujetos experimentan y resuelven su experiencia.

4.2 Tipo Y Diseño De Investigación

Es un estudio de carácter exploratorio y descriptivo, se enmarca dentro de las metodologías cualitativas, debido principalmente a que el interés particular de la investigación, es realizar una aproximación de la experiencia de las asistentes al grupo terapéutico, considerando los determinantes individuales y socioculturales que determinan la construcción de las experiencias. Según Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista P., los estudios de tipo exploratorio tienen como objetivo examinar un tema o problema de investigación poco estudiado y sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos (Hernández, Fernández y Baptista 1998, pp. 59-60). Así en este estudio, que si bien existe bastante información acerca de la teoría Gestaltica y la depresión, éstas son tratadas por separado y las que existen no logran explicar el tema en su totalidad, es por ello que es asumido el carácter exploratorio de esta investigación.

El trabajo exploratorio de esta investigación esta ligado exclusivamente al tipo de conocimiento señalado en el trabajo.

Los estudios descriptivos “buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (Hernández, Fernández y Baptista, 1998 pp 60). Tienen como propósito decir como es y se manifiesta determinados fenómenos. Miden y evalúan

diversos aspectos, dimensiones al fenómeno a investigar (Hernández, Fernández y Baptista 1998, pp 60). Debido a que no pretendo indicar como se relacionan las variables, no trabajaré con hipótesis, sino con objetivos.

Es un tipo de diseño de investigación no experimental, ya que se trabaja sin manipular deliberadamente las variables. “La investigación no experimental es investigación sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa y dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural.” (Metodología de la Investigación 2007, Marzo 18). Lo que se realizó es “observar un fenómeno tal y cómo se da en su contexto natural, para después analizarlo” (Hernández, Fernández y Baptista, 2004, pp. 184).

Este tipo de diseño nos permite conocer el fenómeno a investigar en su ambiente, ya que pretende, a través de un taller estructurado y dirigido, conocer las vivencias de un grupo objetivo de mujeres diagnosticadas con depresión, para luego evaluar y analizar lo acontecido en la experiencia.

Específicamente esta investigación tendrá un diseño de investigación **No experimental de tipo Longitudinal**, en este tipo de investigación se recolectan datos a través del tiempo en puntos o periodos especificados, para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias. Si bien en la investigación se realizara un grupo terapéutico de solo 8 sesiones, cada una de ellas permitirá recolectar información para posteriormente describirla y analizarla.

4.3 Delimitación de campo ha estudiar

4.3.1 Universo

El universo o público objetivo a quienes dirijo la atención en esta investigación son todas las mujeres adultas, previamente diagnosticadas por médicos y psicólogos con depresión moderada según pautas CIE-10 en un Centro de Atención primaria de Salud en el sector sur de la Capital.

4.3.2 Muestra

La muestra será el número de mujeres diagnosticadas con depresión moderada (a lo más 8) que asistan al grupo de orientación gestalticas, derivadas por profesionales de la salud que trabajen en el Centro de Atención Primaria.

4.3.3 Tipo de muestra

Este corresponde a un **muestreo no probabilística de sujetos tipo, intencionada.**

El tipo de muestra para realizar la investigación será de tipo no-probabilística “las cuales llamamos también muestras dirigidas, que suponen un procedimiento de selección informal y un poco arbitraria, la elección de los sujetos no depende de que todos tienen la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador” (Hernández 1991 pp. 231)., pues los individuos que participen en la Investigación serán elegidos por los expertos (Médicos y Psicólogos) que las deriven al grupo terapéutico de orientación gestalticas.

La ventaja de este tipo de muestra No Probabilística, es su utilidad para determinado diseño de estudio que requiere no tanto una “Representatividad de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de sujetos

con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema”. (Hernández 1991 pp. 226).

Las unidades de análisis de esta muestra son “sujetos-tipos”, ya que cada una de las participantes deberá estar diagnosticada con depresión moderada, por los profesionales de salud del COSAM Eduardo Frei de la Comuna de la Cisterna y tener un rango de edad entre los 20 y 45 años.

Criterios para la elección de los sujetos

- Deben estar diagnosticadas con Depresión Moderada por Médicos y Psicólogos del Centro de Atención Primaria.
- Deben tener entre 20 y 45 años. Dado que las estadísticas dan cuenta que entre estas edades se producen los mayores brotes depresivos y AVISA. (MINISAL 1998 pp17)
- Deben encontrarse ingresadas en el Programa de Detección, diagnóstico y tratamiento de la Depresión.

Características de la Muestra

La muestra requerida para la investigación arrojó un total de tres casos, los cuales se obtienen de la derivación de los Médicos y Psicólogos del Centro de atención Primaria, los cuales se obtienen de los criterios de inclusión y exclusión del taller.

Sujeto	Edad	Sesiones Individual es (Depresión Moderada)	Sospecha de Bipolaridad	Saben leer y escribir	Personas con pensamientos y conductas suicidas	Profesión u oficio
Sujeto 1	35 a	Si (4)	No	Si	No	Dueña de casa
Sujeto 2	42 a	Si (2)	No	Si	No	Dueña de casa
Sujeto 3	39 a	Si (5)	No	Si	No	Dueña de casa

Debido a los requisitos de inclusión y exclusión propuestos para realizar el taller los médicos y psicólogos solo derivaron a tres personas que cumplían los requisitos; de ellas dos habían asistido a talleres anteriores realizados en el centro de Atención primaria y no habían adherido al tratamiento. Por otro lado, todas eran pacientes policonsultantes.

Según los requerimientos establecidos por el investigador, las personas tienen que estar en un rango etareo entre los 20 y los 45 años, debido a que esa es la edad de mayor prevalencia en el trastorno depresivo en mujeres. (MINISAL 1998 pp17), no tienen que tener trastornos mentales asociados que pudieran confundir el diagnostico depresivo moderado, lo que podía hacer que se saliera del campo de estudio y debían estar inscritas en el Programa de Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el en centro de atención primario, habiendo

asistido a terapia Individual y haber estado previamente diagnosticada con depresión moderada según criterios CIE-10.

Las pacientes deben al menos saber leer y escribir, para poder responder los cuestionarios de autoconocimiento que se envían a su hogar. Así mismo, tienen que tener la disponibilidad horaria y la voluntad de asistir al grupo terapéutico, si bien la voluntad no era requisito para asistir, debido que eso dependería solo de su adherencia al tratamiento.

Para la tranquilidad de las pacientes se les garantiza el anonimato

4.4 Procedimientos de trabajo de campo

El Procedimiento de trabajo de Campo que se utilizo fue el de Taller, el cuál consto de 8 sesiones, todas pensadas para realizarse en un tiempo de 90 minutos. Donde se ocupa como recolección de información el cuestionario de preguntas abiertas, para conocer el proceso terapéutico de las personas y la Observación por parte del Terapeuta.

4.4.1 Taller

Número de Sesiones : 8

4.4.1.1 Requisitos

1. **Número de sujetos en el grupo:** un máximo de 8 personas, para contar con un clima de confianza y mejor calidad de la comunicación.
2. **Número de terapeutas y coterapeutas:** Tendrá un terapeuta solamente
3. **Número de sesiones individuales previas a la incorporación al grupo:** entre 1 y 4. con el fin de que las personas estén diagnosticadas

previamente por un Psicólogo o Médico de un Trastorno Depresivo Moderado. Al menos una sesión Individual es imprescindible.

4. **Nivel escolar:** Por el nivel y abstracción de las Técnicas a utilizar, la persona al menos debe saber leer y escribir.

5. **Criterios de inclusión al grupo:** Cumplir los criterios CIE-10 para una Depresión Moderada. Ser mujer entre 20 y 45 años.

6. **Criterios de exclusión:**

a. Sospecha de bipolaridad

b. Depresión secundaria a cualquier otro trastorno psiquiátrico u orgánico. Trastorno de personalidad inidentificable, Toxicomanías.

c. Síntomas Sicóticos

d. Persona con pensamientos y conductas suicidas.

7. **Duración de las sesiones:** entre 60 y 120 minutos, siendo todas las actividades diseñadas para 90 minutos.

8. **Nivel de Estructuración del grupo:** será estructurado en sus dinámicas, sin embargo esta abierto a cambiar en el transcurso de la sesión si así se amerita.

4.4.1.2 Objetivos del taller

En base a los objetivos que persiguen tanto el Programa de salud mental y psiquiatría del gobierno de Chile, el Programa de Intervención Grupal para el tratamiento de la depresión y la Psicoterapia de Orientación gestaltica, el taller de

Orientación Gestaltica para mujeres con Trastorno Depresivo Moderado tendrá los siguientes Objetivos:

Objetivo General

Realizar un taller Grupal, que permita a las participantes movilizar su energía en trabajo físico, mental, emocional; comprendan su sintomatología, se empoderen de su malestar y lo superen, mejorando su estado depresivo.

Objetivo Específicos

- Crear redes y apoyo entre las participantes
- Que adquieran habilidades para el manejo y comprensión de su sintomatología, se puedan sostener por si mismas y puedan compartir lo aprendido con sus seres cercanos.
- Reducir y aliviar los síntomas.
- Aprendan a tener conciencia de sus necesidades y se conozcan con sus virtudes y defectos.
- Que eleven su autoestima, confianza, sentido de bienestar y salud mental.
- Que las participantes Avancen hacia un contacto más pleno de sus sensaciones, aprendiendo a oler, a saborear, a tocar, a oír y a ver, de modo que pueda apreciar todos los aspectos de si misma
- Educar el autocuidado
- Potenciar las características personales favorables.

4.4.1.3 Reglas del grupo

- Llegar a la Hora, para no interrumpir las actividades
- Asumir un compromiso con el grupo y consigo mismo, para ello, cumplir con las tareas que se mandaran al hogar y asistir a cada sesión del taller
- Practicar las técnicas aprendidas en su vida cotidiana.
- Ser confidencial: No comentar los problemas de los demás.
- Participar en las actividades, dejando de lado la vergüenza y el miedo, dado que cada experiencia esta pensada para ser practicada y vivida por las asistentes.

4.5 Módulos

4.5.1 1ERA SESIÓN

Actividad : Tú me conoces y yo te presenté

Tiempo : 60 a 90 Minutos

Materiales : Una hoja donde salgan antecedentes en blanco, para posteriormente ser llenadas por las participantes en una presentación cruzada.

Objetivo : Conocerse entre las participantes y crear adherencia al grupo.

4.5.2 2DA SESIÓN

Actividad : Contactando

Tiempo : 60 a 90 Minuto

Materiales : Sin materiales

Objetivo : Conocer las sensaciones, emociones, pensamientos, que

experimentan las participantes de la actividad al tomar contacto con otro igual.

4.5.3 3RA SESIÓN

Actividad : Identificación con el rosal

Tiempo : 60 a 90 Minutos

Materiales : Colchonetas y si se gusta música acorde a la situación

Objetivo : Identificarse con el rosal para lograr darse cuenta de lo que nos sucede.

- Aprender a tener conciencia de las necesidades y se reconocerse con virtudes y defectos.

Desarrollo : Identificarse con un rosal, para tomar conciencia de cómo cada integrante del grupo se ve

4.5.4 4TA SESIÓN

Actividad : Movimiento corporal Y Descarga energética

Tiempo : 60 a 90 Minutos

Materiales : Música de tambores africanos, salsas, tangos, reggetón, merengue, etc., radio.

Objetivo : Tomar conciencia del cuerpo y las sensaciones corporales que provoca danzar y contactarse con otro.

- Descargar energías

- Relajación².

² La relajación actúa disminuyendo las cargas en ciertos puntos corporales y, además, desplazando la atención desde las imágenes perturbadoras hacia las

4.5.5 5TA SESIÓN

Actividad : Tengo que y elijo que, no puedo, no quiero, necesito quiero

Tiempo : 60 a 90 Minutos

Materiales : Sillas, música ambiental (si el terapeuta lo desea)

Objetivo : Tomar conciencia de las actividades que nos dan placer o no.

4.5.6 6TA SESIÓN

Actividad : Separación Conexión

Tiempo : 60 a 90 Minutos

Materiales : Música de danza (lenta)

Objetivo : Conocer en que situación las participantes se encuentran más cómoda, conectada con los demás o aislada de los demás.

4.5.7 7TA SESIÓN

Actividad : Posiciones corporales y estados mentales

Tiempo : 60 a 90 Minutos

Materiales : Sillas, música ambiental (si el terapeuta lo desea)

Objetivo : Tomar conciencia de la postura corporal con la que nos desenvolvimos en el devenir.

4.5.8 8VA SESIÓN

Actividad : Cierre

Tiempo : 60 a 90 Minutos

Materiales : No existen materiales

Objetivo : Dar cierre al taller y conocer la síntesis que le dan a este de las participantes

4.6 Recolección De Datos

La recolección de la información comienza a realizarse luego que los sujetos son derivadas y asisten a la primera sesión del grupo terapéutico.

4.6.1 Técnicas de recolección de Información

Las técnicas de recolección de información en la investigación corresponden a entrevista semi-estructurada, cuestionarios de preguntas abiertas y observación.

4.6.1.1 Entrevista semi-estructurada

La entrevista semi estructurada en los estudios cualitativos permite tener una gran flexibilidad en el manejo de las preguntas por parte del investigador, para lograr una mejor comprensión por parte del entrevistado sobre el tema tratado. Por otro lado, permite acceder a elementos propios del mundo interno de las personas, sus significaciones y sus dinamismos psíquicos.

“Este tipo de entrevista es una combinación entre una entrevista semi-estructurada y una cualitativa. Definiéndose como la entrevista semi-estructurada,

la que el investigador tiene las preguntas que se formulan en términos idénticos a todos los sujetos de la investigación, quienes tienen las respuestas; y la entrevista cualitativa, es aquella que es no directiva, no estructurada, no estandarizada y abierta” (Taylor y Bogdan 1987, pp. 101).

La entrevista permite para esta investigación, profundizar en las motivaciones personales de cada una de estas mujeres participantes del grupo terapéutico de orientación gestáltica.

Entrevista semi-estructuradas que se realizó al finalizar el grupo de orientación gestáltica³

Esta pauta permite estar al tanto tres campos de estudios para conocer las vivencias de las mujeres, estas tiene que ver con las sensaciones corporales, la percepción de las mujeres que tienen de su depresión y los mecanismos de retroflexión que ellas ocupan.

Esta pauta se aplico al finalizar el taller grupal, donde se les realizo una entrevista individual grabada por él investigador. Antes de realizar la pauta de autoevaluación del proceso terapéutico de las mujeres.

<p>Conocer algunas sensaciones corporales de estas mujeres en relación a su estado depresivo moderado.</p>	<p>¿Cómo se siente ahora al expresarnos sus sentimientos?</p> <p>¿Es capaz de reconocer sus tensiones corporales cuando se encuentra frente a algún acontecimiento que la perturbe?</p>
<p>Describir la percepción de</p>	<p>¿Cómo ha sido la experiencia de participar en un grupo</p>

³ Algunas preguntas fueron extraídas de la tesis de Faber y Mena 2007

<p>las mujeres diagnosticadas con depresión moderada en torno a su participación en el grupo terapéutico</p>	<p>terapéutico?</p> <p>¿Ha logrado mejorar su sintomatología depresiva?</p> <p>¿Ha aprendido herramientas para mejorar su depresión?</p> <p>¿Ha conocido nuevas personas que le comprendan?</p> <p>¿Ha notado alguna diferencia en su estado de ánimo luego de la participación del grupo terapéutico?</p> <p>¿Ha percibido algún cambio respecto a la expresión de sentimientos y emociones en su vida cotidiana?</p> <p>¿Ha notado cambios importantes en su comportamiento?, ¿Cuáles?</p>
<p>Describir el mecanismo de retroflexión que las mujeres han ocupado en su vivenciar.</p>	<p>¿Hay alguna parte de su cuerpo que frecuentemente le molesta o le duele?, ¿Puede reconocer cuándo le pasa esto?</p> <p>4. ¿Tiene alguna enfermedad hace tiempo como por ejemplo: asma, dolores musculares, colon irritable, gastritis?</p> <p>5. ¿Se da cuenta como mueve-aprieta-tensa alguna parte de su cuerpo en este momento? ¿Puede darle un significado a ese movimiento que está realizando?</p>

Entrevista semi-estructurada para conocer la síntesis que dan las mujeres en su participación en el taller

Por otro lado, es importante conocer la autoevaluación que le dan las mujeres a su proceso terapéutico, es por ello que a continuación se muestra la

pauta de auto-evaluación que se les entrego a las mujeres. La que consta con el conocer la situación inicial del porque consultan a terapia y las conclusiones que ellas tienen del trabajo terapéutico.

Se le aplico al finalizar el proceso terapéutico grupal, luego de la entrevista semi estructurada que pretendía conocer la vivencia de las mujeres en el grupo.

<p>Situación Inicial</p>	<p>A.- Contexto y situaciones que motivaron la terapia</p> <p>B.- Motivos Internos (biográficos, padecimientos, etc.)</p> <p>C.- Cual era el clima emocional que experimentaba, que preocupaciones y conflictos sufría.</p> <p>D.- Cuáles aspectos y roles de mi vida estaban más comprometidos?</p>
<p>Trabajo Terapéutico</p>	<p>A.- Cuales cree usted fueron las temáticas que hemos trabajado en este proceso</p> <p>B.- Que cosas he podido aprender para avanzar en mi desarrollo personal</p> <p>C.- que mejoras puedo consignar en mi vivenciar, en mis actitudes, etc.</p> <p>D.- Que aspectos tendría que seguir</p>

	trabajando en mi vida para afrontar las nuevas etapas y desafíos de mi vida.
--	--

4.6.1.2 Observación Participante

La observación participante se define como: “La participación directa e inmediata del observador en cuanto asume uno o más roles en la vida de la comunidad, del grupo o dentro de una situación determinada. Se ha definido como la técnica por la cual se llega a conocer la vida de un grupo desde el interior del mismo, permitiendo captar no solo los fenómenos objetivos y manifiestos, sino también el sentido subjetivo de muchos comportamientos sociales, imposibles de conocer -y menos aún de comprender- con la observación no participante” (Ander-Egg, 1995 pp. 203).

Este tipo de observación será fundamental en todo el proceso de duración del grupo terapéutico, ya que en cada sesión el investigador se encontrará en interacción con los informantes. Lo que permite la recolección de datos de un modo sistemático, no intrusivo y con participación en la experiencia.

Ya sea la entrevista semi-estructurada como la observación participante, aportan datos para posteriores análisis y ponen al investigador en una postura activa y dinámica a lo largo de todo el proceso que dure la investigación. El investigador escucha al otro y además conoce su discurso reflexivo, así mismo el método de observación participante es un acto de “vivir con el otro”. El investigador puede, con benevolencia y humildad ser el “vocero del otro”; a través de un medio oral, escrito.

La observación proporciona datos sobre el contacto que las personas

tienen, el comportamiento de las mujeres, la relación entre ellas y la forma de comunicación. Así mismo proporciono información de la movilización y energización del organismo por medio de la respiración y la postura corporal que ellas solían tener. Las tensiones corporales que ellas mostraban, lo que se entiende como retroflexiones.

La observación se realizó en el contexto de taller y en el periodo de entrevistas semi-estructuradas.

A continuación se muestra la pauta de observación utilizada:

Pauta de Observación			
	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3
CONTACTO			
Accesibilidad			
Fronteras			
Se miran			
Se tocan			
Se escuchan			
Conversan			
POSTURAS CORPORALES			
Como se sientan			
Como se Paran			
Como caminan			
Como se desenvuelven			

3.6.1.3 Cuestionario de preguntas abiertas

Son métodos de recopilación de datos por medio de preguntas escritas que se contestan también por escrito. La administración de un cuestionario no cuesta mucho y pueden aplicarlo personas de poca experiencia, ni siquiera se necesita la presencia del investigador (Craig 1982 pp. 164). Así mismo los cuestionarios que se utilizan en la investigación son de preguntas abiertas.

Los cuestionarios son instrumentos que permitirán al autor, contar con las impresiones de las participantes del grupo de orientación gestáltica de una manera más reflexiva, debido a que ellas no se verán en la obligación de contestarlas en contra del tiempo, sino que por el contrario tendrán el tiempo necesario de hacerlo en sus hogares. Es por ello, que es una forma precisa para recolectar información reflexiva de las vivencias de las participantes que participan en el grupo de orientación gestáltica y así mismo de sus vivencias en la vida cotidiana. Permittiéndose así mismo, tener una comprensión de su funcionamiento en el diario vivir.

4.6.1.3.1 Cuestionario “Escáner de la expresión”⁴

Este cuestionario se realiza con el fin de conocer en que medida las mujeres tienen la capacidad de movilizar la energía contenida. Existen numerosas formas de movilizar las energías, estas son reír, llorar, correr, gritar y efectuar cualquier actividad que descarguen tensiones, las que se registran como sensaciones de alivio para el organismo. A continuación se da a conocer el cuestionario que se entregó a las mujeres, y el anexo que se les dio.

⁴ Confeccionado por Paulina Hund, Actriz y participante del Movimiento Humanista.

La manera de aplicación que se ocupó, fue como tarea para la casa, con el fin que ellas se dieran cuenta que maneras ocupaban más como forma de movilizar sus energías, que cosas estaban haciendo y que cosas no. Así mismo, con él fin de que tuvieran tiempo de auto-observarse y no encontrarse presionadas en contestar el cuestionario en el taller.

Anexo	Preguntas Cuestionarios
<p>El llanto: llorar con ganas, llorar por que sí, llorar por una película, llorar de pena.</p>	<p>¿Hace cuanto tiempo que no lloras?</p> <p>¿Lloras con facilidad?</p> <p>¿Lloras sola?</p> <p>¿Te cuesta llorar?</p>
<p>El ocio: No hacer nada</p>	<p>¿Cuándo fue la última vez que le diste el tiempo a la nada?</p> <p>¿Puedes no hacer nada?</p>
<p>La risa: Reír con otro, recordar y reír, reírse de un chiste, hacer reír.</p>	<p>¿Hace cuanto que no ríes?</p> <p>¿Ríes con facilidad?</p> <p>¿Con quien te ríes?</p>
<p>La actividad Física: Caminar, correr, bailar, hacer deportes.</p>	<p>¿Hace cuanto tiempo que no bailas?</p> <p>¿Caminas cotidianamente?</p>

	¿Te gusta la actividad física?
La actividad artística o contemplativa: dibujar, cantar, actuar, danzar, tocar un instrumento, escuchar música, leer un libro, contemplar la naturaleza...cocinar algo rico.	¿Qué actividad artística haces, o con que cosa te deleitas...una buena música, un buen libro? ¿Hace cuanto tiempo que no miras algo que te guste, mucho, como por ejemplo una puesta de sol?
La comunicación profunda: Conversar de lo que nos sucede, expresar nuestros sentimientos, escuchar verdaderamente a un amigo o familiar.	¿Cuándo fue la última vez que tuviste una conversación profunda?,¿Con quien? ¿Qué cosas te guardas y no has expresado?
La actividad amorosa: Regalinear, hacer cariño, hacer masajes, besar, tocar al otro, hacer el amor. ⁵	Cómo te despides de tus seres queridos por la mañana? ¿Los tocas? ¿Les haces cariño? ¿Cómo va el amor?

⁵ Extraído de Paulina Hund

	¿Cómo son tus abrazos?
--	------------------------

4.6.1.3.2 Cuestionario “Como trato y como quiero que me traten”

Este cuestionario es aplicado como tarea para la casa a las participantes del grupo terapéutico. Con el fin que en el transcurso de la semana tomen conciencia de cómo tratan a sus seres cercanos y como son tratadas ellas, así mismo ver como a ellas les gustaría que fueran sus tratos.

Contenido	Preguntas de exploración	Tópico
Darse cuenta	¿Cómo quiero que me traten?	Mis familiares
		Mis amigos y vecinos
		Mis compañeros
		Mis superiores
		Mi pareja
Darse cuenta	¿Los trato así a ellos? ¿Cómo los trato?	Mis familiares
		Mis amigos y vecinos
		Mis compañeros
		Mis superiores
		Mi pareja
Darse cuenta	¿Cómo me trato a mi	

	misma?	
Darse Cuenta	¿Trataría así a un ser muy querido?	

4.6.1.3.3 La actitud positiva

El Ser Humano posee Intencionalidad por lo tanto está eligiendo segundo a segundo la dirección y la oportunidad para realizar sus acciones, está decidiendo como tratarse a si mismo y a los otros. Que mirar de si mismo y en los otros.

La educación y formación (introyectos) que hemos recibido ha exigido sin reforzar ni valorar que seamos virtuosos, buenos, el énfasis ha estado puesto en corregir, en llamar la atención sobre lo malo y en inculcarnos una falsa modestia.

La Actitud Positiva propone romper con estos condicionamientos y permitimos descubrir y reconocer nuestras propias virtudes atreviéndonos a verbalizarlas; de esta manera podremos también reconocer las de nuestros familiares, compañeros, vecinos y amigos.

Este cuestionario tiene como fin último empoderar a las mujeres en sus virtudes y que se den cuenta de ellas, las reconozcan en si mismas y en las demás.

Contenido	Preguntas de exploración
Darse cuenta	¿Qué virtudes reconozco en mí?
Empoderar y mejorar autoestima	¿Qué virtudes me reconocen las otras personas?

Contactarse	Decir mis virtudes
	Cuando las otras me dicen
	Cuando le digo a otras Mis virtudes

4.7 Plan De Análisis De La Información

El punto de vista de esta investigación corresponde a una visión cualitativa, donde el principal interés radica, en conocer las características subjetivas del fenómeno a estudiar.

La interpretación de la información, o sea del texto de los cuestionarios, empieza con la primera sesión del grupo terapéutico. Por tanto, la recolección de la información, búsqueda y análisis de la misma ocurren simultáneamente durante la etapa de recolección.

La interpretación del texto o información se hace en dos niveles. Una interpretación manifiesta que se hace durante las sesiones o etapa de recolección de la información y una interpretación profunda que se hace cuando se ha completado la recolección de la información. Se observa, se escucha, se lee y transcribe el texto completo de la entrevista y cuaderno de campo para lograr un entendimiento o comprensión general de la experiencia de los participantes del grupo terapéutico. Después se seleccionan hechos, temas, preocupaciones y eventos para hacer una interpretación más detallada. Un esquema de la interpretación, desarrollado de acuerdo con las preguntas planteadas para la investigación, puede ser útil en la interpretación profunda.

Los datos obtenidos por medio de la entrevista semi-estructurada son analizados a partir de procedimientos interpretativos, denominado así, por Erickson (1989) refiriéndose a las “estrategias de análisis que actúan sobre datos cualitativos y lo hacen enmarcados en una determinada forma de entender la realidad y la construcción del conocimiento (Flores, 1994, pp65)

Por procedimientos interpretativos se entienden técnicas de análisis de datos que se aplican a la información o datos generados por el propio estudio, esto se ve manifestado en las entrevistas semi-estructuradas, en donde para su interpretación no se harán modificaciones y se rescata el discurso de las mujeres diagnosticadas con depresión moderada que se participan en el grupo terapeutico de orientación gestáltica.

Por ser una investigación cualitativa, el objeto del análisis aparece de la necesidad de realizar una comprensión profunda de las personas que son objeto de estudio, para poder llegar al sentido de comprensión de los datos obtenidos.

El plan de análisis de la investigación, se centrara principalmente en los datos que arrojen las entrevistas semi-estructuradas previas y posteriores al grupo de mujeres diagnosticadas con depresión moderada que participan en el grupo terapéutico de orientación gestáltica. Analizando así mismo, la información registrada en las notas del cuaderno de campo, realizadas durante cada sesión del grupo terapéutico.

4.7.1 Análisis de las entrevistas y cuestionarios

Los datos obtenidos por las entrevistas y cuestionarios en la presente investigación, fueron analizados por el análisis cualitativos por categorías.

Análisis que pretender rescatar temáticas, ideas, creencias e impresiones que se

encuentran presentes en el discursos de las sujetos de investigación.

Para el análisis se construyó una tabla donde se sitúan las categorías y tópicos de análisis. Las categorías se entienden como niveles donde serán caracterizadas las unidades de análisis, mientras que los tópicos se refieren a cuál es el asunto o tema tratado en el contenido. (Hernández, Fernández y Battista, 1998).

Las entrevistas aplicadas a las mujeres participantes del grupo de orientación gestáltica, se realizaron en base a categorías definidas previamente por el investigador, de acuerdo a referentes teóricos de la Gestalt Terapia.

Para llevar a cabo el análisis se definieron las categorías de la siguiente manera:

Tema	Categoría	Tópico
Tomar conciencia	1. Darse cuenta	1.1 Sentimientos 1.2 Emociones 1.3 Conductas 1.4 Pensamientos 1.5 Cuerpo
Descarga Energética	2. Contacto	2.1 Consigo misma 2.2 Con otros
	3. Movilización energética	3.1 Reconocimiento Sensaciones corporales 3.2 Actividad física 3.3 Expresión de sentimientos, emociones,

		pensamientos.
Mecanismos de defensas	4. Defensas	4.1 Desensibilización 4.2 Proyección 4.3 Introyección 4.4 Retroflexión 4.5 Deflexión 4.6 Confluencia
	5. Auto evaluación	

Darse Cuenta: Se indago en la capacidad que tenían las mujeres del darse cuenta de sus emociones, sentimientos, pensamientos y conductas en el aquí y el ahora, con y sin su sintomatología depresiva. Del como el proceso de darse cuenta les proporcionaría conocerse a si mismas. Así mismo, se indago en como ellas se daban cuenta de su cuerpo, sus sensaciones.

Contacto: se indago en las maneras que tenían las mujeres de acercarse y relacionarse con las otras personas, y los que les producía el contactarse con otros. Así mismo, como podían contactarse consigo mismas y su entorno.

Movilización energética: se indago en las sensaciones corporales que presentaban las mujeres y si eran capaces de reconocerlas, la actividad física, si expresan sus emociones, sentimientos y pensamientos.

Defensas: se investigaron las resistencias que no le permitían el libre fluir de su energía a las mujeres. Especialmente los mecanismos de retroflexión e

Introyección.

4.7.2 Análisis de la observación

Las observaciones se realizaron en el transcurso del grupo terapéutico. Las que permitieron conocer el comportamiento que presentaban las mujeres en relación al contacto entre ellas y sus posturas corporales. Por otro lado, la motivación de ellas al realizar las actividades encomendadas.

Contacto: la accesibilidad y las fronteras que ponían las mujeres al relacionarse con sus compañeras. Como se miraban, oían, tocaban y conversaban.

Posturas corporales: de que manera se sentaban, caminaban y se desenvolvían las mujeres en el transcurso del taller.

V. ANÁLISIS Y RESULTADOS

El análisis de las entrevistas, cuestionarios y observaciones de la investigación, se realizaron por categorías, las que se presentan por individuo y posteriormente en un análisis global de las participantes del taller, la que estará apoyada por citas textuales de las mujeres, para tener mayor veracidad de la información.

Sujeto 1

1. Darse cuenta

Antes de comenzado el taller

La paciente señala en su discurso en las primeras sesiones que le era difícil el tomar conciencia de las cosas que le pasaban, solo se dejaba impactar por la pena y posterior a ello se sentía muy mal emocionalmente. Se encontraba muy irritable, lo que no le permitía acercarse a otras personas. Lo único que era capaz de darse cuenta, era el peso de su cuerpo que no le permitía moverse.

[...] ando muy sensible [...] soy una persona amargada [...] cuando estoy deprimida también me pesa todo el cuerpo [...] Lo que me bajoneaba⁶ mucho, por que no le encontraba gusto a la vida, me encontraba en una jaula, tenia mucha pena, por que no era feliz [...] no quería seguir viviendo, me sentía muy sola, nadie me comprendía [...] me echaba a morir altiro

⁶ En ocasiones el discurso se observa en pasado, eso es por que la paciente describió eso en su autoevaluación posteriormente al grupo terapeutico

Al encontrarse en ese estado, la paciente no es capaz de darse cuenta de lo que le pasa y las vivencias las mal interpreta debido a su estado emocional, ante cualquier problema reacciona con sentimientos de desamparo y con deseos de no existir. Lo que hace que se viva en un mundo sesgado, que no le proporciona una estabilidad, y no le permite contactarse con sus seres queridos ni con ella misma.

*Problemas con los hijos, me los tomé muy a pecho y sufro mucho
[...] Lo que me bajonea mucho, por que no le encuentro gusto a la vida, me encuentro en una jaula, tengo mucha pena, por que no soy feliz [...] Me cuesta decir y ver mis virtudes, es más fácil ver las cosas malas de una [...] Me cuesta creer y ver que tengo muchas más de las cualidades que yo me veo.*

Lo que dice en sus entrevistas es congruente con lo que el investigador observo en sus primeras sesiones de grupo terapéutico, debido a que en un comienzo la paciente no participaba en el grupo, tenia cara de estar enojada. Lo que hacia que en un comienzo la paciente fuera rechazada por su grupo de pares.

En el transcurso del taller

A medida que transcurrió el grupo de orientación gestáltica existieron algunos cambios en el comportamiento de la paciente. Da claras alusiones que es capaz de darse cuenta de lo que le ocurre, así mismo ve el mundo de una manera más positiva. Deja de ser tímida y se abre a conversar con sus compañeras. Participa en las actividades y conversa de lo que ocurre en su cuerpo, con sus sensaciones, sentimientos.

[...] me doy cuenta ahora de lo que me pasa cuando siento [...] antes ni me daba cuenta de mi cuerpo, nunca lo vi como algo

importante. Ahora cuando es mucha la tensión logro darme cuenta de donde esta [...] me doy cuenta que cuando estoy tensa, y trato de relajar los la parte de mi cuerpo que esta tensa, me siento mucho mejor [...] ahora me doy cuenta de cómo camino y mejoro mi postura

La paciente en el transcurso de grupo comenzó a conocerse, a darse cuenta que tenia más de una alternativa a las problemáticas que la invadían, que las emociones, sentimientos, sensaciones debía sentirlos, para posteriormente controlarlos. Finalmente la paciente, luego de tomar conciencia de su situación actual, comienza a hacer las cosas que le gustan y se da la posibilidad de salir de su hogar, no estando como lo decía ella encerrada en una jaula.

[...] Mejor, por que y si bien aun no los expreso todos, me es mucho más facial expresarlos [...] Salgo, ya no estoy siempre acostada, converso más, tengo amigas, hablo por teléfono, camino por el parque y salgo al mall.

A la paciente el comenzar a darse cuenta de sus sensaciones, emociones, sentimientos y conductas, le ayudo a poder comprenderse y volverse a conocer, reencontrándose con las cosas que le agradaban y que las tenía olvidadas. De alguna manera, esto también contribuyo a que su sintomatología depresiva se fuera apagando y que la paciente comenzara a sentirse mejor.

2. Contacto

Antes del taller

Desde un comienzo en el grupo terapéutico la paciente no mostraba un contacto con las demás personas, más bien no permitía tener una accesibilidad a ella. En sus discursos da cuenta que no permite que las otras personas de acerquen, encontrándose como un organismo solitario en el mundo. Lo que termina haciendo que la paciente tenga bajones emocionales al igual que sus personas cercanas.

“Con un beso o les digo chao, por que así es como expreso lo que siento cuando me despido [...] Débiles, aun cuando a las personas que quiero los abrazo fuertes [...] no tengo mucho contacto con ellos, en realidad no tengo contactos fuera de mi casa [...] Con tolerancia, respeto y amor. Pero cuando el me busca, lo rechazo, y que digo cosas no muy buenas, lo hago sentir mal y eso también me hace sentir mal a mi [...] mucha gente alrededor pero igual me siento sola [...]Que no soy muy comunicativa, y no pregunto nada, tampoco decía nada, solo lloraba”

En las observaciones desde la primera sesión la paciente tenía un comportamiento tímido, más bien introvertido, no conversaba, no miraba a los ojos, y la mayor parte del tiempo tenía la cabeza agachada.

(Observación) “Tiene cara de seria en cada momento [...] No toca, no mira, permanece inerte, solo habla en una ocasión [...] Se nota algo tímida, no habla hasta que se le invita a hablar”

En el transcurso del taller

La paciente en sus entrevistas y cuestionarios da cuenta que luego de algunas sesiones de taller y posteriormente a unas actividades realizadas, comenzó a darse cuenta de las cosas que le gustaban y así mismo de que en ocasiones no miraba, no escuchaba, a los demás ni a ella misma. Lo que no le permitía mantener relaciones interpersonales con personas extrañas. Comprendió en que debía interactuar con los otros, por que no era un organismo solo en el medio ambiente, aun cuando a veces le diera miedo el sentirse rechazada. Al tomar conciencia del contacto que tenia con la gente, pudo comprender las barreras que interponía y comenzó a modificarlas, para poder adaptarse a las nuevas situaciones.

Así mismo comenzó a compartir más con sus seres cercanos, comenzó a conversarles, a mirarlos, abrazarlos y a no gritarles ni maltratarlos. Cuando necesitaba sus espacios se los pedía de buena manera. Con lo anterior comenzó a mejorar sus relaciones interpersonales con sus familiares, especialmente con su marido.

“Conversar lo que me pasa, a sentir más las cosas que me gustan [...] Ahora converso mucho más, lo que me hace no sentirme tan sola [...] Disfruto de abrazar a mis queridos y pedirles mis espacios cuando me siento colapsada [...] Ahora los expreso, abrazo a mis hijos y a mi marido [...] El más comprometido era y aun es el de la pareja, por que no me sentía mujer, no tocaba a mi marido, lo rechazaba. Ahora, lo toco, lo abrazo”

La paciente a medida que fueron pasando las sesiones se observaba más abierta al contacto, conversaba, tocaba, miraba, incluso olía a sus compañeras, su

cara fue cambiando y sonreía más seguido. Se observaba mucho más feliz y que disfrutaba del momento en el taller.

(Observaciones) *“Se abrió a conversar de cosas íntimas de ella, fue la primera aproximación que tiene la paciente a compartir con las compañeras [...] Se nota amable y accesible, conversa más con sus compañeras y no tiene la cara como de estar enojada que tenía en un principio, sonríe más y conversa más”*

En el transcurso del grupo, la paciente pudo comenzar a reconocer sus sensaciones, a reconocerse en los otros, a aceptarse y aceptar a los demás.

3. Movilización energética

Antes de comenzado el taller

La paciente cuenta que no realiza ninguna actividad física, todo le da lata, que cuando quiere hacer algo el desgano la invade y no le permite realizar las acciones. Que tiene ganas de hacer actividades, pero que no las hace, por que su marido se enoja o por que tiene que responderles a sus hijos. Cuando se siente así de frustrada y desgana, y se le acercan las demás personas ellas les responde mal, lo que hace que los demás se alejen de ella, dejándola sola, cuando se encuentra en esa situación se deprime aun más de lo que se encontraba.

“[...] no salgo para ninguna parte, ya que a mi marido no le gusta salir [...] (a los hijos los trata) con respeto y cariño, pero a veces los trato mal por que me aburren [...] por que me siento mal con mi propio trato, hace que sienta muy mal.”

Todo lo anterior se interpreta como que la paciente no cuenta con mecanismos para descargar energías, de las gestalts que no han sido satisfechas.

Se observa que en un principio y en la mayor parte del taller la paciente permaneció con una postura corporal de una mujer muy asediada, con los hombros caídos, la espalda encorvada y un caminar cansado. Todo ello se manifestaba en sus comportamientos y su actitud a la hora de trabajar.

(Observación) “Con los brazos caídos, pero no como en otras ocasiones, se nota un caminar cansado [...] Pasos lentos y cortos [...] los brazos caídos y la espalda arqueada hacia adelante, con la cabeza por delante de la espalda y con la mirada hacia abajo”

En el transcurso del taller

La paciente al darse cuenta de las tensiones corporales que tiene, las localiza y es capaz en algunas ocasiones de controlarlas, ya sea realizándose masajes o tensándolas. Lo que le permite encontrarse tener un cuerpo con menos estrés y con mejor disposición para realizar actividad física, para poder movilizar la energía orgánica que tiene acumulada por

“A veces, antes ni me daba cuenta de mi cuerpo, nunca lo vi como algo importante. Ahora cuando es mucha la tensión logro darme cuenta de donde esta [...]ya se que tengo mucha tensión en el cuello y los hombros, la que me cuesta que se vaya. Y cuando me doy tiempos para mi, me hago masajes en mis esas partes para relajarme”

Por otro lado la paciente, comenzó a realizar actividad física y a darse tiempo para hacer las cosas que le gustan, lo que significa que está no se quedara

en su hogar y mejorara su estado anímico. Otra de las actividades que comenzó a realizar fue escribir, una manera de eliminar energías y expresar lo que vivencia.

“También empecé a hacer ejercicios y darme tiempo para mi misma [...] ahora también salgo a caminar y me siento mucho más libre [...] por que me dicen que ya no me quedo en la cama y que salgo mucho [...]Tengo más actividades las que me hacen salir de mi casa y no estar enjaulada. [...] Ahora hago actividad, ya no me quedo acostada cuando estoy triste, cuando estoy triste respiro, lloro, saco todas las penas que me aquejan y salgo a alguna parte, me distraigo y las penas si bien no se me quitan, las manejo, las controlo, ya no me ganan [...] mejor ánimo y con ganas de salir. Disfruto de ver la luna y de escribir. Cosas que había dejado de hacer y que me encantaba hacer”

En cuanto a la expresión de sus sentimientos la paciente logra dar cuenta de ellos de una manera menos agresiva y más empática. Lo que da como consecuencia que sus seres cercanos se acerquen y puedan conversar profundamente, así pueden movilizar la carga energética por medio de la conversación profunda, haciendo que está tenga un mejor animo y deje su sintomatología depresiva.

“Mejor, por que me doy cuenta ahora de lo que me pasa cuando siento y si bien aun no los expreso todos, me es mucho más fácil expresarlos [...] Así que los expreso mucho más y de mejor manera, desde que empecé con el grupo [...] me encuentro con mucho más”

4. Defensas

Antes de comenzado el taller

Las defensas en gestalt son entendidas como bloqueos que impiden que las energías fluyan en el ciclo de la experiencia. En la paciente se observaron bloqueos en tres niveles.

La paciente se encuentra desensibilizada, debido a que no le encuentra gusto a la vida y no usa de los sentidos y sensaciones. Se encuentra bloqueada su sensibilidad.

“Lo que me bajonea mucho, por que no le encuentro gusto a la vida, me encuentro en una jaula, tenia mucha pena, por que no era feliz.”

Se encontraron también defensas como la Introyección, debido a los miedos que aprendió desde pequeña y que hoy no le permiten autoconocerse y decir algunas cosas de su vida, por que la pueden rechazar o se pueden burlar.

“Temo a que me digan que no soy eso, por eso mismo no las digo en público.”

Por último se encontraron defensas al nivel de la retroflexión, debido a que la paciente no expresa lo que siente y todas las tensiones las va acumulando sin darlas a conocer. Sus rabias, penas, y emociones que no ha expresado se instauran en su cuerpo haciéndole daño y provocando gran malestar físico, emocional, sentimental y actitudinal. Entre las enfermedades que son adjudicadas al mecanismo de la retroflexión en la paciente se encuentran la gastritis y la hipertensión.

“Mis problemas, por que no me gusta expresar lo que siento [...] Los hombros y la cabeza. Luego de cualquier pelea que tengo con mi familia se me vienen los achaques y mis dolores, también cuando

paso rabias [...] Gastritis, hace más de 15 años y soy hipertensa hace 14.

Si bien el mecanismo de defensa que se indica en la teoría para la depresión es el de la retroflexión, en la paciente se encuentran además la Introyección y la desensibilización. Mecanismos que impiden el libre fluir energético de las necesidades por satisfacer.

En el transcurso del taller

En la paciente se observan cambios en su mecanismo de retroflexión, debido a que comienza a realizar actividades que le hacen fluir la energía, ocupa las imagerías como forma de cerrar gestalts y satisfacer algunas necesidades insatisfechas. Comienza a realizar actividades que le gusta hacer, lo que la motiva y le deja fluir sus tensiones.

“Me dicen que ya no me quedo en la cama y que salgo mucho [...] tengo más actividades las que me hacen salir de mi casa. Y no estar enjaulada [...] aprendí a votar tensiones, nuevamente empecé a imaginar y a sentir cosas que me gusta hacer.”

5. Auto evaluación

La paciente da cuenta al finalizar el proceso terapéutico que ha notado cambios importantes en el desarrollo de las relaciones interpersonales, debido principalmente a que conoce a personas que la pueden comprender y que ellas así mismo fue capaz entender y abrirse a conocer.

Por otro lado aprendió a eliminar tensiones acumuladas, a conocerse,

contemplarse y tocarse. A darse cuenta de las cosas que le gustan hacer y las que no. A hacerse respetar y pasar mejores ratos.

En su familia mejoró la comunicación con sus hijos y con su esposo, lo que le permitió sentirse acompañada y no sola como solía hacerlo, debido principalmente a que ella cuando se encontraba con un bajo estado de ánimo se aislaba de sus queridos, los rechazaba y los trataba mal.

“[...] me costaba aceptarme, tenía menos brillo, después de mi operación [...] Aprendí a votar tensiones, nuevamente empecé a imaginar y a sentir cosas que me gusta hacer [...] Hago más cosas que me gusta hacer”

Sujeto 2

1. Darse cuenta

Antes de comenzado el taller

A la paciente se le hacía difícil el darse cuenta de sus sensaciones, emociones, pensamiento, etc. Si bien sentía rabia y pena, estas eran emociones que la paciente no sabía de donde venían. Y cuando podría comprender que sus miedos y angustias se presentaban a raíz de sus problemas personales, no tenía la capacidad de enfrentarlos lo que la frustraba y la hacía sentirse aun más deprimida, muchas veces sintiéndose bloqueada y sufriendo.

Siento mucha pena, rabia y sentimientos encontrados, la que no me permite estar tranquila en la vida [...], lloro sola, por así me salen a relucir todos mis temores y miedos [...] siento cobarde para enfrentar situaciones personales, como en pensar algo y no poder

seguir, me da mucha rabia el no poder.

Se infiere que la paciente no recibe los mensajes del mundo externo de una manera adecuada, debido principalmente a que ella no se encuentra en un estado óptimo de funcionamiento, no logra autoregularse. Se encuentra permanentemente bloqueada en su recibir información del medio y la que recibe suele percibirla de una manera en donde se ve dañada o impotente. Debido a que no cuenta con las herramientas necesarias para poder hacer fluir la energía acumulada, para superar la sintomatología que presenta y que le hace sentir mal.

“[...] me siento impotente sin fuerzas [...]la que me tiene paralizada y solo sufriendo y pasándolo mal [...]solo⁷ me sentía mal y no notaba lo importante que es mi cuerpo, como me paró, como respiro”

Al estar la paciente sin poder tener conciencia de los mensajes que le entrega el medio, o se encuentra recibéndolos de una manera sesgada, no puede conocer el ambiente, ni menos responsabilizarse por las opciones que ha tomado, lo que hace que le cueste contactarse y cuando lo hace, lo haga de una mala manera. Lo que le provoca sufrimiento y que se aislé del medio y le cueste darse cuenta de su cuerpo, sus emociones, sensaciones, en general de lo que la convierte en ser humano en un medio ambiente de fluir energético.

En el transcurso del taller

En el transcurso del grupo la paciente comienza a tener conciencia de algunas sensaciones corporales y de algunas emociones, lo que hace que comience a comprender algo de su malestar subjetivo que la llevo a tener

⁷ Auto-evaluación

depresión. Así mismo, comienza a disfrutar de muchas cosas, como de escuchar, conversar, comer, saboreando, entre otras.

“[...] me doy cuenta que tengo cuerpo, emociones, sentimientos [...] yo ahora me siento mucho mejor, me conozco más y tengo herramientas, para estar mejor [...] Me siento mucho más alegre y con ganas de vivir [...] Ahora me doy ánimos y no me hecho a morir, no me hundo como lo hacia antes. Ahora salgo de mi casa, converso lo que me pasa, me quiero y me asumo como soy [...] Creo que ahora me puedo dar cuenta de eso, de las cosas que hacia solo para cumplir y no las disfrutaba tanto, ahora disfruto más”

El darse cuenta de la paciente no solo fue de su estado organismico, sino también de sus sentimientos y los sentimientos de sus seres queridos, debido a que ahora percibía el amor de sus seres más cercanos.

“Me doy tiempo, me quiero más [...] Dándome cuenta que mi familia me ama por lo que soy y no por que les hago sus cosas”

Las técnicas de relajación y autoconocimiento, permitieron en la paciente que se auto observara y comprendiera a su organismo. Que se diera cuenta cuando estaba deprimida y pudiera controlar sus emociones a base de la respiración. Que conociera su cuerpo, donde se encuentran sus tensiones y donde esta más relajada. Todas las técnicas que buscaban una mayor toma de conciencia de la paciente y que ellas las aprendió.

“[...]ahora me doy cuenta cuando estoy en onda negativa, ahora la enfrento y la controlo [...] cuando empecé a relajarme, sentía una pena muy grande, rabia; pero de a poco me empecé a sentir bien, tranquila, relajada, siento menos negatividad en mi cuerpo [...]

Ahora puedo saber de mi cuerpo, lo siento, y también en ocasiones puedo controlarlo, la respiración me ha ayudado mucho a controlarme en mis bajones, ahora imagino, cosa que hace arto tiempo no hacia [...] yo misma tenso mis músculos de la espalda y después se me relajan solos, eso me ayudado mucho”

2. Contacto

Antes de comenzado el taller

Desde un comienzo la paciente da cuenta que tiene fronteras del contacto permeables, debido principalmente a que es una persona de piel, que le gusta y le hace sentir bien el contactarse con los demás y consigo misma. Disfruta de la naturaleza y de tocar, abrazar y acariciar a sus seres queridos.

“[...] nos abrazamos [...] Pienso que son calidos, cariñosos, me gustaría abrazar, apretar, sentir la energía que no siempre son buenas [...] me gusta mucho escuchar el canto de los pájaros”

Sin embargo, da cuenta que en ocasiones le gustaría poder escuchar más, debido principalmente a que en ocasiones se encuentra perturbada emocionalmente lo que no le permite contactarse. Es en esos momentos en que pierde la tolerancia de acercamiento y en ocasiones hace que se aislé de los demás.

“me gustaría que me escuchara más [...]Algunas veces me trato bien, me quiero mucho, pero a veces me dejo mucho estar, no hago nada, me siento mal”

La paciente desde un comienzo se mostró permeable y accesible al contacto de las otras personas. Sin embargo a está le costaba el tomar contacto

con la mirada. En cuanto al contacto físico al parecer es del que más disfruta, principalmente a que se nota que sus abrazos son calidos.

(Observaciones) Es muy amable con todos, en cada instante se observa preocupada por los demás [...] Cuando habla mira hacia adelante, pero no mira a los ojos [...] Se dejo tocar y ofreció una mano a su compañera cuando esta la abrazo

En el transcurso del taller

La paciente da cuenta que desde determinada sesión tuvo un insahigt, donde comenzó a tomar conciencia de que no disfrutaba de muchas cosas que hacia en su diario vivir, como por ejemplo que no saboreaba la comida, la comía solo por comer, que le costaba llegar a conversaciones profundas con gente desconocida, que le costaba escuchar. Es por ello, que comienza a darse más tiempo para tomar conciencia de lo que hacia, ya sea al alimentarse, al hacer el amor, al abrazar, conversar, mirar, etc. En las entrevistas se notó una mejoría en la calidad de la forma en que se relacionaba con el medio ambiente, la familia y con ella misma.

“[...] de la tercera sesión que me empecé a dar más tiempo para mi [...] me toco, como saboreando y no solo por comer, bailo, camino y ando en bicicleta [...] ahora expreso mucho más, antes me tragaba todo, ahora hablo, ahora digo las cosas, digo como me siento a los demás [...] con más contacto con mis seres queridos, mejorando mis abrazos, mis besos”

Comienza a tener conciencia de su cuerpo, a encontrar sus tensiones y a conocerlas, tratando de comprender el para que estaban en determinadas partes

del cuerpo, cuando se encuentra pensionada, se toca, se masajea para quitar las contracturas musculares. Por otro lado también se da cuenta de las barreras que tenía al comunicarse, las que no le permitían un contacto confortante con los otros, lo que la dejaba frustrada. Por ello comienza a comunicar más, sin miedo al rechazo o a las burlas.

“me toco, me siento y cuando me siento así, yo misma me hago masajes y me trato de relajar esas partes de mi cuerpo [...] Bien, me puedo dar cuenta que antes del taller no podía hablar, hablaba de cosas superficiales, no me metía en hablar de mis emociones, ni de lo que me pasaba [...] ahora converso, antes me quedaba callada y no me comunicaba [...] hablo más, me concentro más, disfruto de la vida, hago el amor, abrazo mucho más fuerte a mis hijos”

En las observaciones se nota que la paciente toma conciencia de sus sentidos, al comunicarse en el transcurso del grupo comienza a mirar a la cara, en ocasiones mira a los ojos a sus compañeras, conversa más abiertamente, las toca, se toca y observa, huele a los demás. Comienza a tomar conciencia y a experimentar el contactarse con el otro y con ella misma.

(Observación) “Conversa, mira y en ocasiones toca a sus compañeras [...] Miro, converso, toco y olió a sus compañeras [...] Ahora mira a los ojos a sus compañeras”.

3. Movilización energética

Antes de comenzado el taller

La sujeto no contaba con mecanismos en donde descargar energías y tensiones, no realizaba actividad física, no conversaba y había dejado de asistir a lugares donde frecuentaba, como el centro de madres. Se encontraba permanentemente en una tensión que la tenía muy deprimida y sin ganas de hacer nada, solo de llorar. Todo lo anterior se lo veía reflejado en su aumento de peso, el que la tenía aun más deprimida debido a que no le gustaba mirarse al espejo, se sentía fea, lo que hacía que se aislara del mundo exterior y se alejara de su pareja por miedo a ser rechazada.

“hace tiempo que no hago ninguna actividad física [...] No me gusta llorar, aunque a veces lo necesito para botar las cosas negativas que tengo [...] lloro sola, por así me salen a relucir todos mis temores y miedos [...] Algunas veces me trato bien, me quiero mucho, pero a veces me dejo mucho estar, no hago nada, me siento mal”

El no contar con maneras de descargar la energía contenida en el organismo, crea un peso corporal en la paciente, que la lleva a encerrarse, aislarse y no hacer las cosas que le agradan. No se daba tiempo para ella, solo para realizar los deberes.

“Me siento frustrada de no poder hacer las cosas que quiero hacer en cuanto a mi persona y a mis proyectos de vida, se siente todo negativo, es como un peso que entra en tu cuerpo tan desagradable [...]La última vez que baile fue cuando se caso mi sobrina, a mi me encanta bailar”

En el transcurso del taller

En el realizar actividades experienciales en el taller, el hacer que las personas se movieran, se tocaran, se sintieran, en definitiva que se conocieran. Comenzó ha hacer que la paciente sintiera una mejoría y se diera tiempo para ella. Tomo conciencia de las actividades que había dejado de hacer y las retomo, comenzó a movilizar sus energías orgánsmica haciendo ejercicios, conversando y expresando sentimientos a sus seres queridos, conectándose con su Yo. Todo lo anterior tuvo como consecuencia que la paciente avanzara a un estado de actividad y dejara el pasivo en el que se encontraba y que no le permitía sentirse bien. Con el solo hecho de comenzar a realizar actividad física y votar tensiones comenzó a sentir una mejoría a nivel emocional. En donde no la dominaba la pena, si no por el contrario las ganas de hacer cosas y el disfrutar haciéndola.

“Me siento mucho mejor de cómo llegue, me siento con más energías y me doy tiempo para gastarlas [...] ahora me puedo soltar, relajar y hablar, me desenvuelvo más abiertamente, me siento más libre [...] Ahora puedo saber de mi cuerpo, lo siento, y también en ocasiones puedo controlarlo, la respiración me ha ayudado mucho a controlarme en mis bajones, ahora imagino, cosa que hace arto tiempo no hacia[...] dándome cuenta de mi sensaciones, saber que e lo que hago queriendo y lo que hago solo por hacerlo”

Así mismo, retomo la actividad amorosa con su esposo, la que había dejado de tener por sentirse gorda, fea y no tener ganas de hacerla. Con ello mejoro la relación con su esposo y en general con la familia, debido a que ella

también comenzó a darles más tiempo a ellos para conversar, para hacerles cariño, que en hacerles sus deberes.

“hablo más, me concentro más, disfruto de la vida, hago el amor, abrazo mucho más fuerte a mis hijos”

Cuando se encuentra deprimida, la paciente no se queda acostada como solía hacerlo. Trata de controlar lo que le pasa. Cuando esta triste o siente rabia, sale a andar en bicicleta o a dar una vuelta para despejarse. Después cuando llega a su casa confronta su pena, se relaja, respira y se auto gestiona que puede controlarla y lo hace. Pudiendo así, sentirse mejor y tomando control de sus emociones y de su cuerpo.

“[...]el ánimo me ha cambiado, la forma de expresarme, ahora las cosas no me afectan tanto, y me doy tiempo para mi, y hacer las cosas que me gustan [...] ahora sufro menos y hago más, ahora me movilizo, ya no me quedo acostada pasándolo mal [...] Ahora salgo de mi casa, converso lo que me pasa, me quiero y me asumo como soy [...] Salí a dar una vuelta por que estaba triste, cuando volví, me relaje en la cama y me imagina en una playa conversando las cosas con mi marido [...] Me siento mejor, me expreso mejor, me vivo mejor”

4. Defensas

Antes de comenzado el taller

La paciente tiene bloqueos a nivel de la Introyección, tiene temor a que se burlen de ella o que sea confrontada de manera violenta y que eso la deje en evidencia de su temor frente a los demás. Estos miedos son aprendidos en el

trascuro de su vida, principalmente por las normas culturales de ser fuertes y no ser débiles. Así como de ser rechazada por los otros.

“Me siento bien, pero igual me da temor, a que me digan que no soy eso [...] mis propios dramas, mis miedos, el no enfrentarlos y sentirme una víctima de esta vida que solo jugaba conmigo”

La paciente así mismo encuentra permanente tensión corporal, la que se ve intensificada cuando se encuentra frente a momentos de crisis emocional, rabias, preocupaciones o molestias. No cuenta con mecanismos de expresar estas emociones y las guarda para sí. Lo que hace que cada cierto tiempo no tenga ganas de hacer nada y se paralice. Este mecanismo es conocido en gestalt como retroflexión.

“tengo permanentemente dolor de cuello, de espalda y cabeza, la que crece cuando estoy preocupada o molesta [...] desde hace mucho tiempo tengo dolores musculares, en mi espalda y los hombros [...] Eran solo detalles que no me permitían estar bien, no me permitían estar tranquila, estaba muy mal, angustiada, sufría, me sentía muy mal y lo peor era que siempre me los guardaba solo para mí, eso se acumulaba y me tenía muy mal”

En el transcurso del taller

La paciente comenzó a movilizar sus energías, lo que permitió que tomara conciencia de lo que le pasaba, pudiera expresar sus sentimientos y emociones y adquiriera nuevas formas de descargarlas y movilizarlas para satisfacer las necesidades que se tenía bloqueadas. Tomó conciencia de lo que sentía y comenzó a expresarlas, lo que contribuyó a quitarse el peso que tenía sobre su

cuerpo, se empezó a comunicarse sin tener tanto temor al rechazo lo que contribuyo a que formara nuevas redes y sentirse aceptada por los demás.

“Cuando empecé a relajarme, sentía una pena muy grande, rabia; pero de a poco me empecé a sentir bien, tranquila, relajada, siento menos negatividad en mi cuerpo [...] Ahora volví a sentir, sentir alegrías, sentir placer, sentir lo que siento y no cerrarme a lo que siento [...] Trato de ver las cosas desde otros puntos de vista, por que antes solía verlo desde lo negro y lo malo, eso me hacia echarme a morir [...] Yo me siento más aceptada, más contenta, más relajada, más espontánea, me siento feliz [...] ahora expreso mucho más, antes me tragaba todo, ahora hablo, ahora digo las cosas, digo como me siento a los demás”

Al parecer la paciente tiene una mejoría a nivel de la retroflexión debido a que comienza a expresar sus sentimientos, emociones, miedos, etc. Sin el temor a ser rechazada. Lo que hace que se sienta mejor y comience a realizar actividades que la sacan de la rutina, lo que repercute a que salga de la casa y comience a crear redes con personas de su entorno.

5. Auto evaluación

La paciente toma un rol activo en sus procesos, debido a que realiza motivadamente todas las tareas que se envían al hogar, lo que le permite conocerse, sentirse y contactarse con ellas y los demás. Toma conciencia de su vivenciar y comienza a ser responsable de lo que le ocurre, se auto apoya. Con ello, comienza a presentar una mejoría en su sintomatología depresiva y un mejor desarrollo personal, que le permite aceptarse con sus virtudes y defectos, en donde

se posiciona de una manera positiva frente a la vida y no negativa como solía hacerlo.

Las tareas para la casa me daban la oportunidad de darme tiempo para mi y me sirvieron para conocerme y darme cuenta que soy una persona que tiene muchas virtudes, que me tengo que respetar y querer, queriéndome primero a mí, voy a poder querer más y mejor a los demás [...] Desde hace mucho tiempo, había dejado de ser yo misma, ya no era margarita, era cualquier cosa, con un montón de obligaciones, pero no era margarita [...] puedo tomar las riendas de mi vida y no estar como un pajarito, sin saber por que esta. Debo confesar que ahora lo paso mucho más bien, la vida me sonríe

Sujeto 3

1. Darse cuenta

Antes de comenzado el taller

Para la paciente le es difícil percibir otras emociones que no sean la pena, la rabia y la frustración. Se encuentra en un estado de semi sueño que no le permite realizar actividades que la distraigan o le proporcionen ratos agradables. En el aquí y ahora se encuentra deprimida, lo que le impide conocer el mundo de una manera holista, principalmente a que todos los fenómenos los procesa desde las emociones antes mencionadas.

La capacidad del darse cuenta se encuentra en cierto modo perturbada, lo que le impide reconocerse con sus virtudes, defectos, ni ver estás en los demás. No es capaz de confiar en ella, lo que repercute en no poder darse soporte a si misma.

“(percibe) Pena, angustia, no quería hacer nada, la verdad que si tenía ganas de algo, de estar muerta, de desaparecer y no estar con nadie [...] me siento fea, tonta, absurda, gorda”

En las primeras sesiones se observa una persona poco accesible, que interrumpe a sus compañeras anteponiendo sus ideas y dejando a las demás cabizbajas. Lo que se interpreta con que la paciente no es capaz de darse cuenta del ambiente, tiende a solo dejarse llevar en sus instintos, no auto observándose.

(Observación) “se muestra poca accesible [...] Interrumpe cuando hablan las demás o el terapeuta”

En el transcurso del taller

En la paciente pasadas unas sesiones se observan claras modificaciones en la manera de contactarse con sus compañeras, debido principalmente que nace de ella el respetar a sus compañeras, escucharlas y en ocasiones contenerlas.

(Observación) “Se noto accesible y contenedora de su compañera. [...] Toco a su compañera, la escucho [...] Se acercaba a sus compañeras, las abrazaba y bailaba con ellas”

El poder contactarse con sus compañeras le proporciona a la paciente el darse cuenta de sus emociones, sentimientos, cogniciones. Así mismo percibe el ambiente de una manera más amable, no de manera tan negativista como lo hacia hace unas semanas atrás.

En cuanto a sus discursos la paciente da cuenta que ha modificado su percepción del mundo, que ahora se siente mucho mejor de cómo se encontraba anteriormente, se comienza descubrir en lo que es y no lo que debería ser o podría haber sido. Esto le permite vivirse en el “aquí y ahora” y conocer el mundo con

todos los sentidos.

“quería que alguien hiciera magia y me sacara eso que sentía ya que lo único que quería era morirme [...] Ahora me encuentro más animada, así que rió un poco más [...] la verdad que a veces igual me siento bien bajoneada, pero creo que me puedo dar cuenta de lo que me ocurre, eso no me pasaba antes”

Da cuenta explícitamente que se siente de mejor ánimo, que ha comenzado a conocer su cuerpo, lo que le ha permitido controlar las angustias que antes la invadían y la dejaban paralizada.

“Conocerme, si bien no me conocí completamente, me di cuenta de muchas cosas que me afectan, como las que me agradan [...] darme cuenta de mi respiración cuando estoy con angustia [...] rió mucho más, no estoy tan amargada.”

2. Contacto

Antes de comenzado el taller

La paciente da cuenta de un límite de contacto impermeable, debido a que se aislaba de su ambiente familiar y social. Su tolerancia de acercamiento se encontraba claramente perturbada debido a que interponía límites al momento de estar con otros, lo que la llevaba a estar permanentemente aislada. No era capaz de contactarse plenamente con otros ni con su ambiente, no interactuaba con el medio que la rodeaba, lo que no le permitía auto-regularse, ni satisfacer sus necesidades, lo que llevaba a una gran carga energética de necesidades insatisfechas y deseos reprimidos.

“Estar sola y sin nadie más [...] Conversar, hace mucho tiempo que no lo hago, me gustaría volver hacerlo, me encanta los abrazos muy apretados”

Así mismo y aun cuando su contactar se encontraba claramente perturbado, la paciente da cuenta de la necesidad de estar con otros, sin embargo no satisface esa necesidad por encontrarse constantemente aislada y con una postura de hacerse el muerto (paralizada).

“necesitaba que alguien me acompañara en eso, pero no había nadie y yo no dejaba que nadie me ayudara”

En el transcurso del taller

En la paciente se observan claros signos de que mantiene un mejor contacto con las personas, principalmente con las mujeres del grupo. Se acerca, les conversa, las mira, las toca, llegando a abrazarlas. Lo anterior se ve reflejado así mismo en el estado de ánimo de la paciente, en donde sonríe, se ríe y expresa sus molestias y penas. Si bien en un principio imponía autoritariamente sus puntos de vista callando a las demás y no existiendo una retroalimentación, en el transcurso del taller se percibían conversaciones llenas de sentimientos, emociones y expresividad.

“Mira y conversa con sus compañeras, esta más abierta al diálogo y ya no impone sus ideas [...] Se nota cierta cercanía con la compañera, la contempla y le toma la mano, incluso a veces las abraza”

En su discurso da cuenta de una mejor calidad de contacto con sus hijos, principalmente con una hija, ya que es capaz de reconocerla y aceptarla, lo que se retroalimenta por parte de la hija. Se aceptan en cuanto a sus diferencias y semejanzas, mejorando la relación.

“ahora hablo mucho más con mi hija que no podía ver [...] Puedo conversar más con mi niña, eso me tiene contenta, la tolero mucho más [...] Converso con mis hijos también, me agrada abrazarlos y darles un beso cuando se van al colegio, eso me agrada mucho y no lo hacía, también noto que a ellos les guste eso, me ven más cercana, no la vieja gritona y llorona”

La paciente hace un contacto comprometido y pleno, que se traduce en un contacto satisfactorio para ella y los demás (especialmente con sus hijos). Ya no se contacta a partir del cansancio, aburrimiento, pena o rabia, comienza a observar al otro sin tantas expectativas y esperanzas, lo que se traduce en una mejor comprensión de ella como de los otros.

Así mismo, la paciente comienza tener un mejor contacto con el medio interno y externo de ella, se escucha, se huele, se toca, en general se da tiempo para comprenderse, conocerse y aceptarse, se comunica y expresa de una buena manera, sin ahuyentar ni herir a los otros.

“Me doy tiempo para mí. [...] Converso con mis amigas, tengo a alguien con quien compartir mis cosas [...] Y cuando puedo decir lo que siento, me siento muy bien”

3. Movilización energética

Antes de comenzado el taller

La paciente no expresaba sus emociones y cuando lo hacía estas eran de una mala manera en donde dañaba a los demás. Posterior a eso, se aislaba y se comenzaba a culpar por dañar mal a sus queridos.

“mis problemas, mis miedos, frustraciones, no las puedo expresar [...] a veces me trato muy mal y no quiero tratar así a mis queridos”

El no poder expresar abiertamente sus emociones, sentimientos y devenires, la recarga energéticamente, por ello comienza a tener un gran peso en su cuerpo lo que no le permite la movilización. Eso se convierte en un círculo vicioso, debido principalmente a que al no tener buenas maneras de expresar y descargar las energías, lo hace causando daño a los demás y posteriormente sintiéndose ella culpable, lo que repercute en definitiva en que retroflecte y tenga malestares físicos, que no le permiten moverse.

En el transcurso del taller

La paciente toma conciencia de que la manera de expresarse en sus emociones muchas veces causa daño o al menos causa malestar en los demás, lo que hace que ella posteriormente termine culpándose y sintiéndose deprimida. Por ello, busca nuevas maneras de expresar lo que siente, que no tienen que ver necesariamente con agredir a los demás, si no más bien conversando y siendo asertiva a la hora de poner las cartas sobre la mesa.

“ahora creo que los expreso pero de una manera más comprensiva, por que muchas veces solía decirlos y de mala manera en donde dañaba a los demás”

Comienza a escribir para expresar lo que siente, lo que hace que descargue energía psíquica que antes tenía contenida o la descargaba de manera agresiva o violenta en los demás. Comienza a conversar y decir asertivamente lo que le dificulta o agrada.

“Lo que más bien me hace es escribir lo que me pasa y de esa manera boto mis penas y me siento mucho mejor [...] Cuando estoy mal, me controlo y no les grito, cuando me siento así, escribo [...] Y cuando puedo decir lo que siento, me siento muy bien”.

La energía corporal la comienza a expresar y a eliminar realizando actividad física, respirando y en general movilizándolo el cuerpo. Disfrutando más lo que vive, lo que hace que se comience a sentir de mejor ánimo y se tenga una mejor calidad de contacto consigo misma y su medio. Lo que en definitiva culmina en que mejore en cierta manera su calidad de vida y salud mental.

“Me siento mejor, mi autoestima está más alta, tengo mucha más ganas de hacer cosas, me siento más animada [...] el como sacar las penas, las malas vibras, lo que nos tira para abajo, a sacar esas energías que nos ponen mal, en el trabajo con el cuerpo [...] La relajación también es buena, me sirve para sentirme mucho mejor”.

4. Defensas

Antes de comenzado el taller

La paciente muestra un desgano de hacer actividades, lo que se refleja en él mecanismo de la desensibilización. Esto no le permite realizar actividades y quedarse encerrada en sí misma.

“no siento ganas de hacer nada”

Otro mecanismo que no le permite el fluir de su energía son las introyecciones que aprendió desde pequeña, en donde su madre le mostraba que ella era depresiva, creando en la paciente una identificación con la enfermedad. Por otro lado, se adjudico un miedo a que la traicionen debido a que su ex pareja le fue infiel, lo que no le ha permitido realizar su vida de pareja.

“Me acuerdo que mi madre me decía que desde pequeña fui como depresiva, mi vida no me daba grandes gratificaciones, aunque eso no me llevo a consultar, yo podía vivir así [...] Mi miedo a volver a amar y que me traicionen, me engañen y me rompan el corazón como lo hizo mi ex marido”

Sin embargo, la defensa que más es utilizada por la paciente es la Retroflexión, debido a que no contaba con los mecanismos para expresar sus emociones, especialmente rabias y miedos. Lo que en definitiva hacia que las necesidades insatisfechas se estancaran en su cuerpo y le proporcionaran malestar físico, tales como tensiones musculares, dolores de cabeza, trastornos del sueño, alimenticios y diarreas.

“suelo tener siempre tenso los hombros, las rodillas, la cabeza, y también me puedo dar cuenta que mientras me encuentro más presionada o estresada los siento más apretados [...]me contracturo, se me pone un cototo en la nuca muy doloroso, en pecho lo siento como si un globo se me inflara y que me lo aplasta, lo que me hace que me sienta pésimo y que en ocasiones no lo pueda controlar [...]No me quería, no me estaba alimentando bien,

a veces comía mucho y otras veces no comía nada, y mi sueño, me costaba quedarme dormida y en las mañanas no me quería levantar, eso me tenía muy mal [...]a veces tengo diarreas, pero nada más”

En el transcurso del taller

La paciente comienza a modificar algunas conductas que tenía, de a poco comienza a salir de su casa y realiza actividades que le proporcionan diversión. Lo que repercute en un ánimo más estable.

“me siento mejor, mi autoestima esta más alta, tengo mucha más ganas de hacer cosas, me siento más animada”

Así mismo, comienza a realizar actividades que le permiten adquirir nuevas maneras de eliminar energías, como la actividad física. Y comienza a expresar sus sentimientos de una manera más amable, primero lo hace escribiendo y posterior a ello conversando sin agredir o sentirse agredida por los demás.

“escribir lo que me pasa, a tensar y relajar, a hacer más de las cosas que me gusta, como pintar, también respiro”

Auto evaluación

La paciente da cuenta que existe la posibilidad que la gente la dañara, es por ello que ella en ocasiones era agresiva, por que no le gustaría salir dañada. Esa actitud fue reflejada en las primeras sesiones del grupo terapéutico y se fue modificando en el transcurso del tiempo, en donde se comenzó a contactar con las otras integrantes del grupo.

(Dinámica Rosal) *“Tenía muchas espinas, que más nada pienso que era mi método de defensa, para defenderme de quien quiere*

hacerme daño”

(Observación primera sesión) *“tiene cara de seria en cada momento [...] No toca, no mira, permanece inerte, solo habla en una ocasión”* (Observación sexta sesión) *“Se acerco, y se observo muy cómoda al recibir el abrazo de su compañera [...] Miro, converso, toco y olió a sus compañeras y se dejo oler [...] Ya no interrumpe, escucha atentamente a sus compañeras y cuando las retroalimenta espera que estas terminen”*

A medida que fueron pasando las sesiones del taller, la paciente comenzó a tener más conciencia de si misma y de las actividades que realizaba. Se dio cuenta de que muchas cosas las realizaba por cumplirle a los demás y por que eran sus deberes, pero que no disfrutaba de hacerlos, eso la tenia muy desmotivada y en un estado de sin sentido.

“Ya cuando cocino, no le echo dos o tres veces sal al almuerzo o me confundo de los ingredientes, de alguna u otra manera tengo mejor memoria y estoy mas atenta a lo que hago”

Comenzó a contactarse con la gente de otra manera, sin ser tan agresiva o brusca en su trato, lo que le permitió mejorar la relación interpersonal y comunicacional con sus hijos, lo comenzó a ver de una manera más comprensiva sin tener las expectativas tan altas como solía tenerlas.

“También, ha seguir mejorando la relación con mis hijos, para poder comprenderlos y quererlos aun más”

En cuanto a sus relaciones interpersonales y redes sociales, conoció a dos personas que se encontraban en una situación parecida a la de ella (deprimidas), con las que al parecer formo algo parecido a la amistad; en ellas se vio reflejada y

comprendida.

“Nuestro grupo me hizo sentir muy cómoda y creo que lo aproveche mucho más que en el que estuve hace como 3 años, por que ahí éramos muchos y la psicóloga más que nada nos hacia como clases”

Así mismo, tomo conciencia de sí misma y en parte comenzó a contactarse y conocerse, se empoderó en cuanto a sus virtudes y las comenzó a ver, cosa que no hacia hace tiempo.

“Me siento alegre, me gusta saber que la gente ve esas cosas positivas en mí [...] ver las cosas buenas de nosotras, a conocernos en nuestras cualidades más que en nuestros”

Análisis Grupal

1. Darse cuenta

Antes de comenzado el taller

En las pacientes se interpreta claramente un proceso en el que le es difícil darse cuenta de su medio, las vivencias las interpretan todas desde el estado emocional que predomina en su presente, el que es caracterizado por emociones como la rabia, frustración y pena, lo que concluye en que vean el mundo desde el desamparo y la inestabilidad.

S1 *“ando muy sensible [...] soy una persona amargada [...] cuando estoy deprimida también me pesa todo el cuerpo [...] Me cuesta decir y ver mis virtudes, es más fácil ver las cosas malas de una”*

S2 *“Siento mucha pena, rabia y sentimientos encontrados, la que no me permite estar tranquila en la vida [...], lloro sola [...] me siento*

*impotente sin fuerzas [...] la que me tiene paralizada y solo
sufriendo y pasándolo mal”*

S3 *“Pena, angustia, no quería hacer nada”*

Predominan en ellas eventos previos que les causan malestar psíquico, emocional y corporal, los que no le permiten el darse cuenta del presente. No son capaces de aprehender con todos los sentidos su mundo -interno ni externo-, tal como éste ocurre en el preciso momento. Todas las experiencias las vivencian desde su estado emocional que se encuentra perturbado por las emociones antes expuestas (rabia, pena, frustración). Esto hace que no sean capaces de ver la figura en un fondo vacilante que las perturba. Lo que culmina con que sus formación de gestalts sea inestable y con necesidades que no se satisfacen y hacen que acumulen energía orgánsmica sin la capacidad de movilizarlas. La que termina por tener un organismo que no se contacta con su medio y no se da cuenta de las necesidades que son figura. Así, cada una de ellas se vivencia en un estado de parálisis corporal y malestar psíquico-emocional.

En el transcurso del taller

A medida que pasó el tiempo, las pacientes comenzaron a darse cuenta de los mensajes que le entregaba el cuerpo. Lo que les permitió conocer en donde se encontraban sus tensiones. Si bien antes tenían noción de un peso corporal, no eran capaces de localizar tensiones corporales.

S1 *me doy cuenta ahora de lo que me pasa cuando siento [...] antes
ni me deba cuenta de mi cuerpo, nunca lo vi como algo importante*

S2 *“[...] me doy cuenta que tengo cuerpo, emociones, sentimientos*

S3 *Ahora me encuentro más animada, así que rió un poco más [...]*

Conocerme, si bien no me conocí completamente, me di cuenta de muchas cosas que me afectan, como las que me agradan

Así también las pacientes tienen insahigt de las actividades que les gusta realizar, lo que les proporciona una mayor motivación a la hora de hacerlas, como un mayor conocimiento de si mismas.

S1 Ahora cuando es mucha la tensión logro darme cuenta de donde esta

S2 Creo que ahora me puedo dar cuenta de eso, de las cosas que hacia solo para cumplir y no las disfrutaba tanto, ahora disfruto más [...] ahora me doy cuenta cuando estoy en onda negativa, ahora la enfrento y la controlo

S3 Conocerme, si bien no me conocí completamente, me di cuenta de muchas cosas que me afectan, como las que me agradan

Como se puede interpretar, las mujeres logran comenzar a conocerse a si mismas, toman conciencia de las cosas que le proporcionan satisfacción y las que no tanto. Logran conocer como se viven consigo mismas cuando se encuentran en determinada situación. Se dan cuenta que tienen más de una alternativas y eligen cual tomar. Dejan de hacer las cosas solo por cumplir sino que comienzan a darle el sentido a la hora de realizar las acciones.

Al parecer comienzan a responsabilizarse de las opciones que toman, se dan la posibilidad de auto conocerse y aceptarse.

2. Contacto

Antes de comenzado el taller

Al parecer la única paciente que tiene las fronteras del contacto permeables, es la paciente 2, debido principalmente a que es la única que se siente bien abrazando y tocando a los demás. Ya que las otras pacientes dan cuenta de tener poco contacto con los otros, es más tienden a aislarse del su medio.

S1 no tengo mucho contacto con ellos, en realidad no tengo contactos fuera de mi casa [...] mucha gente alrededor pero igual me siento sola [...] Que no soy muy comunicativa, y no pregunto nada

S2 nos abrazamos [...] Pienso que son calidos, cariñosos, me gustaría abrazar, apretar, sentir la energía que no siempre son buenas [...] Cuando habla mira hacia adelante, pero no mira a los ojos

S3 “Estar sola y sin nadie más [...] Conversar, hace mucho tiempo que no lo hago, me gustaría volver hacerlo [...] necesitaba que alguien me acompañara en eso, pero no había nadie y yo no dejaba que nadie me ayudara

Se nota en las tres que una mala calidad en la manera de contactarse, debido principalmente que las pacientes 1 y 3 tienden a aislarse y no tocar a los otros, la paciente dos aun cuando es una persona de piel, le cuesta el contactarse con los demás en la mirada y en el discurso. Si bien el contacto incluye el evitarse y el acercarse, las pacientes 1 y 3, evitan el contacto al estar permanentemente aislándose del medio, y no haciendo que este retiro sea un proceso fluido, para que permanezca el contacto básico del individuo de manera sana.

Debido a que se encuentran deprimidas las pacientes, suelen hacer un mal contacto, puesto que muestran un gran desinterés por la situación en la que se encuentran y el temor a enfrentarlas. Así mismo ven al medio como opaco y sin vida, teniendo un contacto débil consigo mismas y con su medio.

En el transcurso del taller

Al parecer las pacientes en el transcurso del taller toman conciencia de las maneras que tenían de contactarse, las que no les permitían acercarse a los otros de una manera confortable. Lo que hacía que se frustrarán y terminaran aislándose del medio.

S1 Ahora converso mucho más, lo que me hace no sentirme tan sola [...]Disfruto de abrazar a mis queridos y pedirles mis espacios cuando me siento colapsada [...] Ahora los expreso, abrazo a mis hijos y a mi marido

S2 me toco, como saboreando y no solo por comer, bailo, camino [...] ahora expreso mucho más, antes me tragaba todo, ahora hablo, ahora digo las cosas, digo como me siento a los demás

S3 Converso con mis hijos también, me agrada abrazarlos y darles un beso cuando se van al colegio, eso me agrada mucho y no lo hacia, también noto que a ellos les guste eso

El contacto que empiezan a realizar es de mejor calidad, debido principalmente a que incluye el reconocimiento de si mismas y el de las otras personas. Lo que se ve reflejado en que se comienzan a acercar a sus seres cercanos, conversar, abrazar, en general a retomar la relación interpersonal, las que mejoran en calidad.

A partir del contacto comienzan a crecer las relaciones interpersonales, las pacientes comienzan a tener un contacto más activo y les proporciona una satisfacción en ellas, desarrollando su propio apoyo para contactarse o alejarse según lo decidan.

3. Movilización energética

Antes de comenzado el taller

Las pacientes no realizan actividades que le permitan descargar su energía orgánica, no cuentan con actividades que le proporcionen distracción y superar su ánimo deprimido. Se encuentran permanentemente frustradas y aisladas, lo que repercute en su emocionalidad y manera de ver el mundo, el que se encuentra sesgado por sus emociones perturbadas y deprimidas.

S1 no salgo para ninguna parte, ya que a mi marido no le gusta salir [...] por que me siento mal con mi propio trato, hace que sienta muy mal.

S2 hace tiempo que no hago ninguna actividad física [...] Algunas veces me trato bien, me quiero mucho, pero a veces me dejo mucho estar, no hago nada, me siento mal

S3 “mis problemas, mis miedos, frustraciones, no las puedo expresar [...] a veces me trato muy mal y no quiero tratar así a mis queridos

El no expresar sus emociones y no contar con mecanismos de descarga, hace que las pacientes sientan un gran peso corporal, el que termina por inmovilizarlas y hacerlas caer una y otra vez en la desesperación de no poder

hacer nada más que estar deprimidas y sin ganas de accionar.

En el transcurso del taller

Las mujeres comienzan a tener mayor conciencia de su cuerpo, localizan la mayoría de sus tensiones corporales y las comienzan a controlar. Adquieren entre sus maneras de descargar la energía psíquica y emocional la escritura y la conversación profunda no violenta. Por otro lado su energía corporal la descargan realizando actividad física, relajaciones y respirando profundamente, lo que les permite tener mayor conciencia y control corporal.

S1 A veces, antes ni me daba cuenta de mi cuerpo, nunca lo vi como algo importante. Ahora cuando es mucha la tensión logro darme cuenta de donde esta [...] empecé a hacer ejercicios y darme tiempo para mi misma [...] ahora también salgo a caminar y me siento mucho más libre

S2 Me siento mucho mejor de cómo llegue, me siento con más energías y me doy tiempo para gastarlas [...] Ahora puedo saber de mi cuerpo, lo siento, y también en ocasiones puedo controlarlo

S3 “ahora creo que los expreso pero de una manera más comprensiva, por que muchas veces solía decirlos y de mala manera en donde dañaba a los demás [...] Lo que más bien me hace es escribir lo que me pasa y de esa manera boto mis penas y me siento mucho mejor

Se debe entender que el cuerpo es la vivencia primordial del presente y lo que en ese tiempo esta ocurriendo como fenómeno vivenciado. Las pacientes

comienzan a tener mayor conciencia de este, lo que les permite conocerse a si mismas y saber que cosas hacer para descargar ciertas tensiones. Si bien esto no se da en todo el tiempo, debido a que estas no adquieren tantas herramientas terapéuticas, las que ocupan les ayuda a tener mecanismos de descarga. Comienzan a observarse en su humanidad, toman su organismo como un todo en sus actos, funciones y organización. Se hacen concientes de sus actitudes negativas, las comprenden y las modifican. Lo que en definitiva termina en que ellas, comiencen a tener mayor energía para realizar la actividades y no quedándose encerradas en si mismas, en su postura de hacerse el muerto (paralizadas) o expresando su emociionar de una manera agresiva.

4. Defensas

Antes de comenzado el taller

Las pacientes presentan bloqueos en tres dimensiones, la desensibilización, la Introyección y la retroflexión. Estas defensas las utilizan para estar en el mundo, sin embargo estas no les permiten su fluir energético y las estancan en su ciclo de la experiencia.

Las introyecciones que utilizan se adquieren en el transcurso de su vida y estas se ven reflejadas principalmente en sus temores a enfrentarse a los demás y ser rechazadas o que se burlen de ellas.

S1 Temo a que me digan que no soy eso, por eso mismo no las digo en público.”

S2 Me siento bien, pero igual me da temor, a que me digan que no soy eso

S3 Me acuerdo que mi madre me decía que desde pequeña fui como depresiva [...] Mi miedo a volver a amar y que me traicionen,

Las defensas que son más observadas y dichas por las pacientes son las de la retroflexión debido principalmente a que ellas somatizan sus malestares, sienten grandes tensiones corporales cuando se encuentran frente a algún problema o dificultad en su experiencia.

S1 Luego de cualquier pelea que tengo con mi familia se me vienen los achaques y mis dolores

S2 tengo permanentemente dolor de cuello, de espalda y cabeza, la que crece cuando estoy preocupada o molesta

S3 suelo tener siempre tenso los hombros, las rodillas, la cabeza, y también me puedo dar cuenta que mientras me encuentro más presionada o estresada los siento más apretados

En el transcurso del taller

En las pacientes se observa un cambio actitudinal en el transcurso del taller, el que las muestran con mayor sentido del humor. Se nota en su discurso que han aprendido maneras de descargar tensiones, las que repercuten en que tengan una mejor vivir. Sin tantos malestares corporales.

S1 aprendí a votar tensiones, nuevamente empecé a imaginar y a sentir cosas que me gusta hacer

S2 Cuando empecé a relajarme, sentía una pena muy grande, rabia; pero de a poco me empecé a sentir bien, tranquila, relajada, siento menos negatividad en mi cuerpo

S3 escribir lo que me pasa, a tensar y relajar, a hacer más de las cosas que me gusta, como pintar, también respiro

Si bien, las pacientes no han dejado de retroflectar, en el transcurso del grupo pudieron realizar actividades que le proporcionaron bienestar corporal, psíquico y corporal. Que le permitió superar en algo su sintomatología depresiva y tener una mejor calidad de vida.

5. Auto evaluación

En general las pacientes dan cuenta de una mejoría en su sintomatología depresiva, y que han tomado conciencia de sus emociones, sentimientos y pensamientos que antes no le permitían un buen vivir. De alguna manera han superado algunos temores que eran productos de errores cognitivos que habían aprendido y que no eran capaces de enfrentar.

S1 me costaba aceptarme, tenía menos brillo

S2 Las tareas para la casa me daban la oportunidad de darme tiempo para mi y me sirvieron para conocerme y darme cuenta que soy una persona que tiene muchas virtudes, que me tengo que respetar y querer

S3 Tenia muchas espinas, que más nada pienso que era mi método de defensa, para defenderme de quien quiere hacerme daño

Comenzaron a darse tiempo para hacer cosas que le gustan, los que le proporcionaron un bienestar psico-emocional, al encontrarse en ese estado de

bienestar se dieron las oportunidades de salir de sus casas y empezar a crear redes sociales.

S1 Hago más cosas que me gusta hacer

S2 puedo tomar las riendas de mi vida y no estar como un pajarito, sin saber por que esta. Debo confesar que ahora lo paso mucho más bien, la vida me sonríe

S3 Me siento alegre, me gusta saber que la gente ve esas cosas positivas en mí [...] ver las cosas buenas de nosotras, a conocernos en nuestras cualidades más que en nuestros

Su bienestar se vio reflejado en la manera de contactarse consigo mismas y con los otros, de alguna manera sus fronteras del contacto se hicieron más permeables y les proporcionaron realizar la retirada de éste en lo momentos precisos y en no en cada momento como solían hacerlo, el que los llevaba ha aislarse. Mejoraron su estado del ánimo y comenzaron a conversar más.

Sin embargo hay que tener en claro, que si bien las pacientes tuvieron mejorías en su sintomatología, comenzaron a conocerse a si mismas, tomaron conciencia de algunas cosas que les agradaban y comenzaron a tener contacto consigo mismas y los otros. Estos fenómenos no ocurren tan rápido en la mayoría de los sujetos, debido a que se debe un proceso de desarrollo personal. está mejoría se puede deber también a la fantasía de curación que las pacientes se hicieron o que tal vez estas ya venían estables en su sintomatología depresiva por las sesiones de terapia individual antes del taller. O quizás a que antes se encontraban tan paralizadas en su actuar y sentir que al comenzar a realizar

actividades y salir de su habitual comportamiento, se empezaron a sentir mejor en su emocionalidad.

VI. CONCLUSIONES Y DISCUSION

Se puede afirmar que en cualquier psicoterapia, que aborde el tratamiento de la depresión, es necesario involucrar al paciente en el proceso de cura, en pro de la reducción sintomatológica y en el mejor de los casos en la toma de conciencia de su padecer. Facilitando el darse cuenta, que permita la actualización permanente. Es por lo anterior; que es sumamente necesario contar con metodologías de tratamiento que permitan a los pacientes superar sus sintomatologías que interfieren en su calidad de vida y que al mismo tiempo le proporcionen un saber de sí mismos.

Como se pudo observar en el marco teórico se dieron a conocer dos corrientes psicológicas que permiten conocer el fenómeno de la depresión, a parte del utilizado en la investigación. El psicoanálisis que permite comprender como se instaura la depresión en el individuo, pero que a la hora de realizar el tratamiento, este es a largo plazo, lo que no permite estabilizar al paciente en su malestar psíquico en el preciso momento. Por otro lado se encuentra el tratamiento cognitivo-conductual, él que al parecer es bastante efectivo en la remisión de síntomas a corto plazo –por ello que es utilizado por el MINSAL en el programa de detección y tratamiento de la depresión-, sin embargo, esté deja de lado el trabajo corporal del paciente depresivo y no permite a este tener un conocimiento de su malestar.

Por ello se confecciono un taller con técnicas humanistas-gestálticas que permitiera un autoconocimiento de las personas que lo viven y que al mismo tiempo pudiera contar con herramientas que permitan superar en algo la sintomatología depresiva; él que enfoco principalmente su metodología en conocer las vivencias de las mujeres que participaron de él.

Es así, que a partir de la información recogida en las entrevistas, observaciones y las vivencias a lo largo del taller, se pretende responder a la pregunta de investigación. ¿Cómo vivencian las mujeres diagnosticadas con depresión moderada, su proceso terapéutico de orientación gestáltica?

Para conocer las vivencias de las mujeres se hizo uso de un taller con técnicas de intervención humanistas-gestálticas, que fue realizado por el investigador y en el cual se utilizaron diversos métodos de recolección de información, las que tenían dos objetivos principales: el primero recolectar información para la investigación y el segundo, el que las personas asistentes al taller se dieran tiempo para auto-conocerse. Estos métodos utilizados en la investigación posibilitaron la descripción y conocimiento de las vivencias de las mujeres en su grupo y la posterior reflexión tanto del investigador como de las pacientes respecto a sus vivencias.

Basándome en la información recogida y en el análisis descriptivo realizado en la investigación, es que a continuación se da a conocer al lector la conclusión detallada de los datos en forma de respuesta a los objetivos planteados.

- Diseñar las líneas programáticas y pautas de evaluación de un taller terapéutico de Orientación Gestáltica para un grupo de mujeres con diagnóstico de depresión moderada.

Se confeccionó un taller con técnicas humanistas gestálticas para ser realizado a un máximo de 8 personas, con una duración estimada de 90 minutos, con actividades estructuradas pero que se encontraría abierto a modificaciones en el

transcurso del tiempo.

El taller tenía los siguientes objetivos:

- *Crear redes y apoyo entre las participantes*

En un principio las participantes del taller se mostraron indiferentes las unas de las otras. No mantenían contacto y las fronteras de este permanecían más bien impenetrables. Lo que se fue modificando a medida que pasaba el tiempo y crecía el vínculo entre ellas, pudieron tomar conciencia que todas se encontraban frente a un fenómeno que no les permitía sentir ni gozar, lo que les hacía quedarse encerradas en si mismas y en su contexto. Lo que les dio la posibilidad de empalmar en sus malestares y permitirse empezar a conocerse.

Ya finalizando el taller se observó claramente una complicidad entre ellas, donde comenzaron irse juntas a sus hogares al finalizar las actividades, lo que quedó manifestado en sus entrevistas, las que daban cuenta de haber conocido lindas personas y que se seguirían juntando entre ellas.

Por ello se concluye que en cuanto a las redes estas en cierta medida fueron realizadas, sin embargo, también hay que tener en cuenta, que estas redes fueron pensadas de un principio para un máximo de 8 personas, lo que permitiría mayor cantidad de redes. Pero, el taller solo contó con tres participantes, lo que hace que quizás las redes no sean ricas en cantidad pero posiblemente mejores en calidad.

- *Que adquieran habilidades para el manejo y comprensión de su sintomatología, se puedan sostener por si mismas y puedan compartir lo aprendido con sus seres cercanos.*

Este objetivo fue pensado para que las participantes del taller pudieran darse cuenta de los que les ocurría y así mismo luego de ello, pudieran auto apoyarse.

En un principio ha las mujeres les dificultaba darse cuenta de su contexto,

debido principalmente a que se encontraban frente a un fenómeno como la depresión que hace que estas vieran todo desde lo negro, observándose como impotentes frente a los hechos que las sobrepasan, miraban el mundo desde lo hostil, el desamparo y la inestabilidad. Todo ello se veía claramente intensificado por el aislamiento social que presentaban. Lo que impedía que salieran de su hogar y contaran con redes de apoyo.

Por otro lado el estar viviéndose así, no les permite el auto-conocerse, buscando permanentemente apoyo en los profesionales de la salud que les “arreglaran la vida”, lo que hace que no sean capaces de tomar las riendas de su vida y por ello se encuentren permanentemente demandando a los profesionales de la salud y siendo pacientes poli consultantes de los centros de atención primaria.

A medida que fueron transcurriendo las sesiones y las pacientes se permitieron observar el mundo desde una mirada un poco más optimista, donde lo primordial no era el que se observaran desde las dificultades, los temores y los sinsabores de la vida. Sino más bien con un conocimiento de ellas mismas con virtudes y defectos, que permitían observarse de una manera más holista. Lo que provocó que en definitiva las mujeres tomaran conciencia de sus errores cognitivos que hacían que permanecieran en un estado de malestar físico, psíquico y emocional, con una carga energética que las dejaban inmóviles. Dándoles la posibilidad del darse cuenta de las cosas que les gustaba hacer y las que no, permitiéndose saborear el mundo, olerlo, tocarlo lo que hace que se puedan observar a si mismas desde una manera más integral, tomando conciencia de su medio interno y externo.

Lo anterior deja de manifiesto que en ellas se comenzó a percibir una

transición del estar permanentemente pidiendo soporte externo a que ellas pudieran comenzar a darse soporte a si mismas, lo que en definitiva hizo que mejoraran en algo su calidad de vida y relacional, lo que contribuyo a que comenzaran a hacerse cargo de si mismas, conocerse y aceptarse.

- *Reducir y aliviar los síntomas*

Las pacientes, comenzaron a reducir su sintomatología depresiva, ha medida que empezaron a conocer su mundo interior y exterior. Se contactaron consigo mismas, pudiendo ver en ellas las cosas que les causaban malestar y bienestar, lo que hacían por cumplir y lo que les provocaba placer. Tomando conciencia de lo que hacia que se encontraran en con el animo bajo y sin ganas de hacer nada – entre los otros síntomas que se presentan en un cuadro depresivo-. Eso apporto así mismo que empezara a aumentar su autoestima y autoimagen, lo que permitió así que empezaran a movilizar su carga energética y comenzaran a realizar actividades que acrecentaba su mejor estado de ánimo.

Sin embargo esos cambios a tan corto plazo pueden significar que en un corto plazo las pacientes caigan nuevamente a un estado depresivo aun peor que el anterior. Lo que suele ocurrir con los tratamientos propuestos por el MINISAL. Pero, hay que tener en cuenta, que en el taller propuesto en la investigación las pacientes se hacen cargo de su vida, no se les enseña solamente la teoría de la depresión, y el manejo sintomático, como se suele hacer en los tratamientos psicoeducativos en los CAP (Centro atención primaria), sino que se abordo en sus actividades la toma de conciencia, el darse cuenta, el contacto, las virtudes, entre otras. Que aportan el autoconocimiento tanto de su cuerpo, emociones y psiquis.

- *Aprendan a tener conciencia de sus necesidades y se conozcan en aspectos negativos y positivos para sí.*

Se intensifico en la toma de conciencia de si mismas, de sus estados anímicos y de los que es proporcionaba malestar y placer. Se utilizaron actividades como el rosal, la situación actual, tensiones musculares, entre otras, que permiten tomar conciencia de cómo la persona se siente en el preciso momento, los miedos, frustraciones, sueños, como se contacta, se relacione, etc. Así mismo a conocerse en sus tensiones corporales, que muchas veces se suelen olvidar a la hora de observarnos.

Pero, las actividades propuestas en el taller y las que se realizaron si bien fueron pensadas para tener una visión global del participante del taller, algunas solo fueron orientadas a ver las cualidades de las personas, lo que contribuye a subir la autoestima, pero que también suele hacer que la personas no tenga una visión global de si mismo. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las personas que pasan por un cuadro depresivo suelen ver el mundo y así mismas desde lo negro, por ello se propuso en el taller realizar actividades para intensificar las cualidades de las participantes.

En conclusión para este objetivo, las mujeres pudieron tomar conciencia de si mismas, sin embargo, esta toma de conciencia fue en ocasiones intervenida por el terapeuta para que se observaran en sus cualidades más que en sus defectos. Lo que en definitiva contribuyo a que su sintomatología pudiera modificarse tan repentinamente.

Las pacientes cuando se observaron estabilizadas, se propuso el que comenzaran a tomar sus propias iniciativas y en definitiva las riendas del taller y su vida. Lo que contribuyo a que puedan tomar conciencia del mundo y si misma

por sus propios medios y no los que les entrego en un primer momento el terapeuta.

- *Que eleven su autoestima, confianza, sentido de bienestar y salud mental.*

Las actividades que se presentaron y fueron realizadas en el taller, tenían como fin acrecentar la toma de conciencia de las personas, que mejoraran el contacto y permitieran modificar la sintomatología a medida que la persona se conocía.

En los resultados se puede concluir que las personas elevaron en cierta medida su autoestima y la confianza en si mismas, pudiendo tomar las riendas de su existir en ámbitos que ellas habían dejado de lado y que no se lo permitían. Ello tuvo como consecuencia que comenzaran a realizar actividades, que salieran de su hogar y comenzaran a conocer a nuevas personas que proporcionaron distracción. Lo que hizo que mejorara su salud mental, bajando la intensidad de los síntomas depresivos que presentaban a la hora de ser derivadas al taller.

- *Que las participantes Avancen hacia un contacto más pleno de sus sensaciones, aprendiendo a oler, a saborear, a tocar, a oír y a ver, de modo que pueda apreciar todos los aspectos de si misma*

Desde el comienzo del taller se observó solo una paciente (2) que al parecer mantenía permeables sus fronteras del contacto, ya que era la única que gozaba abrazando y tocando a los demás. Sin embargo esta se encontraba bloqueada en su contacto visual y olfativo.

Las otras pacientes (1 y 3) no podían contactarse con los demás, ni consigo mismas y solían permanecer aisladas, dejando de lado la posibilidad de conocer fenómenos nuevos.

Al terminar el taller las pacientes daban cuenta de un mejor contacto, en donde se daban la posibilidad de escuchar, oler y observar a los demás. En cuanto a su propio comportamiento daban cuenta de realizar más actividades que le proporcionaban placer y que les permitían tener mayor conciencia del mundo. Tomaron conciencia de sus sensaciones que unidas a su conducta motriz, permitieron la movilización corporal y energética.

Se puede afirmar que las pacientes comenzaron a mejorar la calidad de su contactar, debido a que en cierta medida pudieron ponerse en relación con ellas mismas, su ambiente y los procesos que los relacionan, reconociéndose y aceptando las partes que participan en el encuentro, logrando apreciar las diferencias, interactuando con el ambiente que las rodea y llegando en cierta medida autorregularse.

- *Tomar conciencia de su propia sabiduría organísmica*

Las pacientes sabían de su malestar corporal, pero no podían interpretarlo ni conocerlo en su totalidad. No tenían conciencia de su cuerpo, solo sabían que este les pesaba y no les permitía moverse.

A lo largo del taller y del proceso terapéutico las pacientes lograron conocer algunas partes de su cuerpo que les proporcionaban más tensión y malestar. Lo que da cuenta que comenzaron a tener conciencia de su organismo. Comenzaron a darse cuenta de la importancia que tiene su cuerpo y que muchas veces éste se deja de lado cuando se encontraban frente a fenómenos que las perturbaban. Con ello, conocieron como era su postura corporal, la que en ocasiones no les permitía respirar bien, debido a que mantenían presión permanente en su vientre, por otro lado mejoraron su respiración cuando se encontraban frente alguna pena o irritabilidad, lo que desencadenó en que el miedo no las inundara y pudieran

movilizar las energías y no quedarse inmóviles como solían hacerlo.

En conjunto de la toma de conciencia de sus sensaciones, emociones y pensamientos, pudieron darse cuenta de qué fenómenos hacían que quedaran inmóviles, si bien estos fenómenos no los podían modificar, se dieron cuenta de que podían controlar algunas sensaciones corporales, lo que les permitió movilizarse y tener una mayor conciencia orgánica.

- *Educar el autocuidado*

Este objetivo tenía como fin, que las mujeres participantes del taller pudieran darse cuenta de la importancia que tenía su cuerpo. Que comprendieran el fenómeno de la depresión y las soluciones que ellas podían darle a esta patología.

En cuanto al autocuidado las mujeres comenzaron a realizar actividad física, lo que les permitió comenzar a movilizar su energía orgánica acumulada y que no proporcionaban más que inmovilidad corporal.

Comenzaron a expresar sus sentimientos, pensamientos y emociones escribiendo, lo que les ayudó a movilizar energía psíquica acumulada.

Con esos dos simples maneras de activarse y expresar, las pacientes comenzaron a sentir un mayor bienestar en su sintomatología, lo que permitió que se vivieran con una mejor calidad de vida.

- *Potenciar las características personales favorables.*

Si bien en el taller, las actividades fueron pensadas para potenciar en las participantes la toma de conciencia de sí mismas, el potenciar el contacto de mejor calidad y el darse cuenta de sus sentimientos, pensamientos, sensaciones y de lo que en realidad deseaban. Existieron actividades que potenciaban las características favorables de ellas, con el fin de subir su autoestima, que pudieran darse cuenta de la importancia que ellas tienen para muchas personas de su

contexto y que al encontrarse frente a un fenómeno como la depresión hace que el mundo se vea más negro de lo que en realidad es.

Estas actividades proporcionaron que las mujeres se auto observaran de una manera más amable y no tan culpogena como solían hacerlo. Lo que a la larga permitió que comenzaran a reconocerse y reamarse.

- Conocer algunas sensaciones corporales, emociones, pensamientos y conductas, respecto a su estado depresivo moderado

Todas las pacientes solían tener un grado menor de reconocimiento de sensaciones físicas, debido principalmente a que decían que les pesaba el cuerpo y que tenían algunas tensiones corporales, pero que les dificultaba identificarlas. A medida que se fue trabajando la toma de conciencia de sensaciones, emociones y de lo que les en realidad querían hacer. Se observó que las principales sensaciones y tensiones se encontraban en torno a los hombros, la cabeza, la espalda y las piernas.

En cuanto a sus sensaciones internas, fueron recurrentes las tensiones a nivel estomacal y del pecho. Lo que desencadenaba en diarreas, dolores estomacales y en sensaciones de ahogo.

Su conciencia del mundo interior, las pacientes logran darse cuenta de sus emociones y sensaciones físicas que les proporcionan malestar. Entre las emociones mayormente reconocidas están la pena, el miedo y la rabia.

En cuanto a sus pensamientos, ellas solían tener pensamientos de desamparo, tristeza, desgano y pérdida del placer. Lo que dificultaba en ellas el contacto con los otros, debido a que todos los fenómenos que se les presentaban los vivenciaban desde esos pensamientos. Lo que desencadenaba

que cognitivamente presentaran indecisión, pérdida de confianza –en ellas como en los otros significativos-, sentimientos de culpa y bajo estado anímico.

En cuanto a sus conductas, en las pacientes se observaba afectada su actividad motora, sus movimientos eran lentos y torpes, lo que hacía que se acrecentara un malestar psíquico y que sus conductas fueran erráticas. Todas ellas dieron cuenta de cambios en su vitalidad, la que se encontraba inhibida.

- *Intensificar la toma de conciencia en su proceso terapéutico grupal de las participantes del taller*

Las pacientes se encontraban en un estado depresivo moderado, su autorregulación no se encontraba fluyendo lo que no permitía la regulación orgánica, ni menos la homeostasis de las individuos. Por ello que las técnicas utilizadas en el taller fueron pensadas para que las personas reconocieran lo que les ocurría, para que luego de ello, fluyeran hacia un cambio sintomático y de visión de mundo. Para que la toma de conciencia de las pacientes depresivas fuera eficaz, el terapeuta aceptó a las paciente como se encontraban en la actualidad (momento de ingreso al taller) y comenzó a confirmar su potencial inherente para crecer y cambiar la forma en que se estaban manifestando actualmente, por una expresión más plena de su potencial y sus cualidades.

Si bien existieron modificaciones conductuales y en su vivenciar por parte de las pacientes, estos se debieron por el aumento del darse cuenta y la auto-aceptación de ellas por su la sintomatología que presentaban y por lo que realmente ellas eran, reconociéndose tal cual son. Lo que permitió que generaran en un determinado momento respuestas integradas –entre su si mismo y su medio-, permitiendo comenzar a configurar la homeostasis.

Para que se realizaran esos cambios en ellas, tuvieron que comenzar a tener conciencia de si mismas, lo que permitió que encontraran entre sus propios medios lo que necesitaban para comenzar a satisfacer sus necesidades, cosa que antes no hacían. Comenzaron a ser seres activos y responsables de su vivenciar, aprendiendo a experimentar y a observar, de modo de buscar sus propios objetivos y alcanzarlos a través de sus esfuerzos, en definitiva autoapoyándose.

Lo anterior deja de manifiesto que a medida que transcurría el taller, las pacientes comenzaron a vivenciarse de manera mucho más amable, su organismo se empezó a mejorar, debido principalmente a que se comenzó a integrar y las pacientes comenzaron a destruir satisfactoriamente algunas gestalts que las tenían bloqueadas y no les permitían su fluir energético en su ciclo de la experiencia. Permittiéndose adaptarse creativamente a los cambios de sus medios internos y externos, pudiendo salir airoso de las situaciones que antes atentaban en contra la integridad de su “yo”.

Dejaron de estar en un estado enfermo, para modificarlo por uno mucho más sano y satisfactorio. Las pacientes lograron tener un contacto de mejor calidad, ya sea consigo mismas como con su ambiente, lograron darse cuenta en el “aquí y el ahora” de lo que les sucedía en la realidad, dejaron de ver la realidad sesgada por los fantasmas del pasado y de las fantasías que no podían cumplir. Lograron recurrir a herramientas necesarias para sobrepasar y distinguir los sobresaltos que les depara la vida, en forma creativa.

6.1 Aciertos de la investigación

“El grupo es para “ayudar a las personas a llevar su propia vida a rehacerse ellos mismos y a su ambiente para que se adapte a sus necesidades y a las posibilidades presentes. El modelo está estructurado para reducir el aprendizaje activo y el desarrollo” (Latner 1972 pp192)

En la investigación se observaron algunos aciertos que no estaban contemplados. Se planteo en la pregunta de investigación el conocer la vivencia de las mujeres que participarían en el taller, donde no se buscaba más que eso. Sin embargo, en el transcurso de las sesiones se pudieron observar cambios aptitudinales y actitudinales en torno a su sintomatología y manera de ver el mundo de las participantes.

Al parecer tuvieron en ellas un cierto desarrollo personal, en donde se estimulo la toma de conciencia, el darse cuenta y el contacto, lo que le permitió vivenciarse de una forma más amable y optimizar sus relaciones interpersonales.

En cierta medida se cumplieron todos los objetivos propuestos en el taller, si bien no todos en un 100 %, se observaron cambios cualitativos en su comportamiento y mirada de mundo.

Otro acierto fue la adherencia al taller. La que se entiende como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento

aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado” (DiMatteo & DiNicola, 1982 en: Rev. cubana Salud Pública, 2004).

La adherencia se observó con:

- **Asistencia a las sesiones:** Número de veces que la paciente asiste a las sesiones.

Donde cada una de ellas al menos asistió a 7 sesiones del taller, lo que indica una buena asistencia a este.

- **Cumplimiento de las tareas de las sesiones:** Realización total de las actividades pedidas por el profesional, durante la sesión.

Las pacientes, en un comienzo se observaba una cierta desmotivación a la hora de participar en las actividades, pero a medida que pasó el tiempo y creció en ellas el contacto y el vínculo, se observó una clara participación por parte de ellas, en donde predominaba el sentido del **humor y la participación activa**.

- **Actividades solicitadas por el profesional para realizar fuera del consultorio:** Que el paciente realice las actividades pedidas por el profesional fuera del consultorio.

Las pacientes en su mayoría cumplieron con todas sus tareas de sesión a sesión, solo la paciente 3 no cumplió en sus tareas de una semana para la otra.

Se sostuvo una buena relación entre el terapeuta y las pacientes, lo que benefició la adherencia al tratamiento. Desde esta perspectiva es necesario enfatizar en el desarrollo de los elementos que pueden favorecer la relación terapeuta-paciente y que están al alcance de los profesionales de la salud con el fin de fortalecer la adherencia a los tratamientos. Estos elementos pueden ser la empatía, el sentido del humor, la relación persona a persona, capacidad de vincularse, la creatividad y favorecer la comunicación profunda.

Por otro lado, se conocieron las vivencias de las mujeres que pasan por un trastorno depresivo moderado, se realizó un taller que potencio en ellas las cualidades y las movilizó. El taller tiene como acierto que sus actividades fueron pensadas para que las mujeres experimentarían y no se quedarán quietas escuchando al terapeuta, como suele ser en los tratamientos grupales propuestos por el MINISAL en los CAP. Ellas fueron capaces de aprender en el fenómeno mismo, movilizándolo y experimentando en ellas, lo que potencio su toma de conciencia.

El taller como tal, permite a los participantes tomar conciencia de su vivencia independiente de la patología en la que se encuentre, y sirve en cierta medida como taller de desarrollo personal.

6.2 Desaciertos de la investigación

Unos de los principales desaciertos fue el número de participantes del taller, debido a que se trabajó solo con tres personas; este es un desacierto debido a que en cierta medida no se cumplen los requisitos de un grupo, en cuanto a sus transferencias y momentos de un *esté*. Sin embargo, esto a sí mismo potencio que en las participantes se creara cierta complicidad al momento de la interacción, confianza y buena relación.

En cuanto a la teoría, no existen muchos textos de investigación que vinculen a la depresión y la teoría gestáltica, es por ello que quizás la tesis no cuente con tantos elementos teóricos al respecto. Por ello, el investigador, se ocupó de estudiar el fenómeno de la depresión desde tesis ya existentes, como de algunos textos secundarios que explican el fenómeno. No tomando mucho en cuenta lo que postula Perls en su dialéctica de las polaridades del “perro de arriba” y el

“perro de abajo”, debido principalmente que se buscaba en las participantes una toma de conciencia más que conocer el porqué se configura la depresión en el individuo.

Como el mecanismo de defensa más utilizado por las personas depresivas es el de la retroflexión, en el taller no se realizaron actividades en donde las participantes pudieran eliminar sus rabias y temores, donde pudieran expresar su agresividad contenida. Lo que el investigador lo ve como un desacierto debido a que en eso el taller no contaba con las herramientas necesarias para el óptimo trabajo de las personas con depresión.

Se contó con un tiempo limitado de tiempo para realizar el taller, por lo que se debió solo realizar un taller de 8 sesiones, dos más del que postula el MINISAL en su tratamiento grupal para la depresión, pero que no da la posibilidad de realizar un seguimiento en el correr del tiempo. Sin embargo, él tener este corto periodo de tiempo, potencio la creatividad del terapeuta al buscar actividades para enviarlas a la casa, lo que permitió en las pacientes tener más de un momento para si mismas y de potenciar su autoconocimiento.

Metodológicamente la investigación tiene ciertas desventajas, debido a que es una metodología de taller, por lo que el investigador tuvo que utilizar su creatividad a la hora de hacer sus descripciones y de plantear la metodología. En ciertas ocasiones el investigador tienen a relacionar las conclusiones de la investigación con las del taller, lo que no permite tener una óptima comprensión de la investigación.

Es una investigación dispersa en cuanto a que trata de trabajar al menos tres conceptos importantes de la teoría gestáltica, las que tienen que ver con el “darse cuenta”, la “toma de conciencia” y el “contacto”, lo que convierte a la

investigación en algo disperso y no tan específico, pero que en definitiva aporta una mirada más holista del fenómeno estudiado.

Muchas veces el lenguaje utilizado por el investigador no es muy específico, lo que le quita soporte a la investigación. Pero, esto es por que el autor pretende que la investigación sea entendible tanto para profesionales de la salud como por legos o personas que quieren conocer una aproximación de la teoría gestáltica a la depresión, y buscar más que las soluciones conocer las vivencias de tres mujeres que participaron de la experiencia.

6.3 Síntesis

La presente tesis no tiene la pretensión de constituirse en un hallazgo acerca de la depresión moderada y la teoría gestáltica, pero si tiene como fin el acercar tanto a legos como profesionales de la salud a las vivencias de tres mujeres que participaron en un grupo terapéutico de orientación gestáltica en un centro de atención primaria. Para poder darnos cuenta que detrás de un diagnóstico se esconde un sin número de vivencias que en ocasiones desde algunas perspectivas teóricas se consideran solo desde la patologización y el mejorar síntomas, dejando de lado la parte humana que se esconde detrás de los diagnósticos.

El presente trabajo sobre la premura del tiempo, creo que cumple los objetivos de estudio. Así el lector se encontró con un análisis de las vivencias de las tres mujeres que participaron del taller de orientación gestáltica para el tratamiento de la depresión moderada.

En lo personal creo, que el inmiscuirse más profundamente en las vivencias de nuestros pacientes, es un trabajo que requiere mucho respeto y

empatía, pero como resultados nos permite construir nuevas formas de ver las ciencias humanas, más cerca de lo creativo, de lo lúdico, de lo sano. Es sabido que el nivel de creatividad esta asociado con la salud mental.

Esta tesis no tiene como propósito constituirse en un aporte totalmente genuino. Esto principalmente porque el tema de la depresión esta tratado desde la gestalt como de otras perspectivas teóricas, conocimiento que es la sumatoria de otros muchos autores interesados en el tema.

Antes de acabar con las conclusiones es importante el dejar ciertas preguntas para seguir investigando, que no se realizaron en mi investigación ¿Es confiable para el tratamiento de la depresión la teoría gestaltica?, ¿Son eficaces las técnicas experienciales para mejorar la depresión en las personas? Entre otras que el lector puede realizar.

Esta investigación, se sustenta gracias a la fenomenológica, debido a que es en este proceso en donde se conoció el vivenciar de las personas y del investigador en la temática de la depresión moderada.

Para finalizar se invita al lector a realizar sus propios análisis de las vivencias de las pacientes y de la propia tesis. No quiero explayarme en más conclusiones, porque creo seriamente, que el trabajo tiene como finalidad provocar en el lector un acercamiento desde su peculiaridad al tema de la depresión y las actividades experienciales que se propusieron.

7. REFLEXIONES DEL AUTOR

Al comenzar la investigación no puedo negar que me invadía la incertidumbre, al encontrarme frente a un tema tan complejo como es la depresión, y el sufrimiento humano que esta enfermedad genera.

En el transcurso de mi formación como profesional, específicamente en las pre-prácticas me tocó conocer el fenómeno de la depresión en el sistema de atención pública, en especial en los centros de atención primaria. Me pude dar cuenta de la desmotivación que existía por parte de las pacientes de los programas que propone el MINISAL y de la poca credibilidad que tenían estas actividades. Lo que se veía claramente en la hora de los talleres, debido a que las personas no llegaban a estos, lo que determinaba su poca adherencia al tratamiento.

Es por ello, que me propuse en esta investigación ver la posibilidad de tratar la depresión con técnicas que no tenían que ver necesariamente con la psicoeducación, en donde se podría poner al paciente en un rol activo y experimentando en cada instante. Para eso, el enfoque teórico que me hizo más sentido era el de la Gestalt.

Luego de haber encontrado el enfoque teórico para sustentar la investigación, me vino la otra incertidumbre, no tenía muchos conocimientos de la teoría, lo que me hizo empezar a leer y a conocerla. No encontraba autores que me permitieran comprender el fenómeno de la depresión desde la perspectiva que a mí me hacía sentido. Me encontré con Perls y su hipótesis del “perro de arriba” y el “perro de abajo”, la que le da una explicación del cómo se instaura la depresión en el individuo, pero no era lo que yo estaba buscando. Posterior a ello me encontré con la tesis de Faber y Mena, tesis que guió los pasos de mi investigación, pero que se especificaba en el ciclo de la experiencia, el que yo no

tenía presupuestado en mi estudio. Sin embargo, estas autoras me brindaron grandes conocimientos en el estudio de la depresión desde un punto de vista gestáltico y por ello que son tantas veces citadas en mi investigación; especialmente en el sub capítulo depresión y gestalt.

Luego de haber buscado información y haber configurado de cierto modo mi marco teórico, encontré que las técnicas que me había planteado, no contenían un sustento para el trabajo de la depresión, pero que si, eran diseñados para la toma de conciencia y mejorar la calidad del contacto de las personas que asistieran. Y me pude dar cuenta que las herramientas que recolecte respondían a lo que yo pensaba que necesitaban las personas que padecían de depresión. Debido principalmente que en mi experiencia como psicólogo en practica, veía fenomenológicamente la poca toma de conciencia de las personas que padecen depresión y del mal contactar que ellas tenían –consigo mismas como con los demás-.

Es así que comencé a realizar mi taller, la verdad que lo tenía pensado para al menos unas 5 personas; pero nuevamente me encontré con otra dificultad, solo habían llegado 3 pacientes, las que venían con el prejuicio de no haber adherido nunca a un taller propuesto por el centro de atención primaria. La incertidumbre nuevamente me invadió, veía como esas mujeres no se comunicaban y como les costaba el contactarse. Era todo lo que yo pensaba que no me sucedería.

En el proceso me pude dar cuenta de lo que planteaba heidegger cuando hablaba que los seres humanos tienen mundo, por que cada uno de nosotros se encontraba con sus propias vivencias y expectativas, en su mundo, el que no tenía que ser necesariamente igual al de los otros. Me comenzó a hacer sentido lo que leía de Rogers en mis ratos libres de universidad, de tener una relación de persona

a persona más que psicólogo-paciente, una vez que comencé a hacer eso y darme cuenta que a mi también me pasaban cosas en el taller es que empecé a dejar de lado mi rol omnipotente de terapeuta para situarme al lado del paciente de igual a igual, en donde también me tuve que ver en la obligación de estar participando de las actividades que me proponía. Lo que hizo que las asistentes comenzaran a tener más confianza y de entrega al grupo.

En el transcurso de mi investigación me ví tocado por las incertidumbres, las alegrías, los desaciertos y aciertos, pude tomar conciencia de muchas cosas que me ocurrieron como investigador, observador y más como ser humano. Me tope con miedos que en ocasiones me producían incertidumbre, pero también con satisfacción cuando observaba y conocía por parte de las pacientes los cambios en su vivenciar que les hacían ver el mundo de una manera más amable y que en cierta medida mejoraba su calidad de vida.

Me comencé a plantear lo importante que es hacer lo que hacemos con amor, un amor que existe en el diario vivir, en el convivir y compartir. Que se manifiesta en la compasión y en la bondad. Que permite bajarnos de nuestros egos profesionales y nos hace vernos de igual a igual con nuestro prójimo, para compartir vivencias y así mejorarnos ambos en nuestro desarrollo personal. Por que tantos psicólogos como pacientes somos otras personas después de un compartir en el seting terapéutico.

8 BIBLIOGRAFÍA

- Apuntes Corrientes Psicológicas II, La perspectiva Humanista
- Artículo extraído: 12 de Marzo, 2007;
<http://www.radio.uchile.cl/interno.asp?id=22652>
- Beck A. y Col, (1983) *Terapia Cognitiva de la Depresión*, Ed. Paidós
- Bernstein y Nietzel (1980), Extraído 10 de abril de 2007, de la pagina
www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/ProfSanitarios/profesionales3b.htm
- Briones, G., (1998), “*Métodos y técnicas avanzadas de investigación aplicadas a la educación y a las Ciencias Sociales: Modulo 5: Análisis e investigaciones cualitativas*”, Editorial PIIE, Santiago.
- Castanedo, C. (1997) *Terapia Gestalt, Enfoque centrado en el aquí y ahora*. (3º Ed.). Barcelona: Herder.
- Castanedo, C. (1997) *Grupos de encuentro en Terapia Gestalt, De la “silla vacía” al círculo gestáltico*. (2º Ed.). Barcelona: Herder.
- CIE-10 (1999). Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. OMS
- Concha M. (año desconocido) Apuntes Corrientes Psicológicas II
- Dio, E. (2001). *La depresión en la mujer*. España, Madrid: Vivir Mejor.
- Craig J. R., Metzger L. P. (1982) *Métodos de la investigación Psicológica*. Editorial Interamericana,
- *Estudiar la “Caja Negra” de nuestro pasado* extraído 2007: Junio 13
<http://revista.consumer.es/web/es/20030301/interiormente/>
- Ergas D. El sentido del sin Sentido

- Ervig y Miriam Polster *Terapia Gestaltica*, Ed. Amorrortu.
- Faber U., Mena M.(2007) *Tesis grado no publicada “Mujeres, depresión, ciclo de la experiencia y auto expresión: Una Aproximación Desde La Teoría De La Terapia Gestáltica*. Sin editar UAHC.
- Freud S. (1915), 1917. *El duelo y la melancolía*, Obras Completas, en “Freud Total 1.0 (versión electrónica) Ediciones Nuevas Helade.
- Freud S. (1921), *Psicología de las masas y analisis del Yo*, Obras Completas, en Freud Total 1.0 (versión electrónica) Ediciones Nuevas Helade
- Freud S(1922), *El Yo y el Ello* Obras Completas, en Freud Total 1.0 (versión electrónica) Ediciones Nuevas Helade
- Freud S. (1933), *Nuevas Aportaciones al Psicoanálisis*, Obras Completas, en Freud Total 1.0 (versión electrónica) Ediciones Nuevas Helade
- Fritz P, *El Enfoque Gestaltico “Testimonio de terapia”*, 1976, Ed. Cuatro Vientos
- George Boeree, *Teorías de la Personalidad*, Abraham Maslow, extraído 2007 Junio 25, <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/maslow.htm>
- Gil Flores, J. (1994). *Aproximación Interpretativa al Contenido de la Información Textual*, en *Análisis de Datos Cualitativos*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S. A.
- Gómez Sanjuán M. (2004), *Artículo para el Boletín de la Asociación Española de Terapia Gestalt*
- Gómez, E. (1994). *La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe viejos problemas y nuevos enfoques*, División de Salud y Desarrollo

Humano, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a la sexta Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe (Mar del Plata).
Extraído el 3 de junio de 2006 de www.ops.com.

- Heerlein, A. (2000). *Psiquiatría Clínica*. Santiago: Ed. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
- Hernández, R y Fernández, C. y Baptista P. (1998) *metodología de la investigación.*: Santiago: Mc Graw-Hill
- Higuera J. *Depresión, Tratamiento Cognitivo - Conductual*, extraído 12 de junio de 2007 desde <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/DEPRE.htm>
- Hurtado, V., Rojas, O. (1996). *La Depresión de las Mujeres y su relación con el Trabajo Doméstico desde una Perspectiva Psicosocial*. Tesis de Maestría no publicada. Santiago: Universidad de Chile.
- Ionescu S. (1994) *Catorce enfoques de la Psicopatología*, Ed. Fondo de Cultura Económica (Méx.)
- Jara, M. (2002). *Tres modelos de terapia corporal para intervenir en el estado depresivo*. Tesis de Maestría no publicada. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Kepner, J. (1987) (1992). *Proceso Corporal*. México: Manual Moderno.
- Lowen A , *La depresión y el cuerpo*. Año desconocido
- Metodología de la Investigación, artículo extraído en Marzo 18, 2007 de <http://www.cgproyectos.com/catedras/archivos/metodologia.rtf>

- Martínez J, (2006) Gestalt Frente a la Depresión, IV congreso Latinoamericano de Psicoterapia, extraído 25 de marzo de 2007, <http://www.institutovenezolanodegestalt.com/articulos.htm>
- Merani Alberto, Diccionario de Psicología, 1984
- MINSAL, Guía Clínica para la Atención Primaria, La Depresión: Detección, Diagnostico y Tratamiento, 1998 (también 2001)
- MINSAL, Plan Nacional de Salud Mental, <http://www.minsal.cl/>
- MINSAL, Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, extraído mayo 29 de 2007 de www.minsal.cl/ci/info.asp
- MINSAL, Programa De Tratamiento Integral De La Depresión En El Sistema Publico, extraído 2007, Marzo 23
- MINSAL 2007, mayo 29 www.minsal.cl/ci/info.asp, <http://www.minsal.cl/ci/>
- http://www.minsal.cl/ici/S_1/U_14/programa_depresion.pdf
- Moreau A. (1999) Ejercicios y técnicas creativas de Gestalterapia, Ed. Sirio
- Organización Mundial de la Salud Ginebra (OMS), CIE10 trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnostico, 1992, OMS.
- Ortega, P. (2002). *Depresión y Psicoterapia: Una mirada desde la psicología*. Tesis de Maestría no publicada. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Pérez Serrano, G., (1998), “Investigación cualitativa, Retos e Interrogantes”, Editorial La muralla, Madrid.

- Perls, F. (1947). Ego, hambre y agresión. Mexico: FCE, 1975. Extraído el 12 de marzo de 2007 de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/ego>
- Perls, F., (1976), “El enfoque Gestaltico”, Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile.
- Persl L. (1973) algunos aspectos de la terapia gestaltica. Extraído de www.mundogestalt.com, en octubre de 2005.
- Polster, E; Polster, M. (1976). *Terapia Guestáltica*. Argentina, Buenos Aires: Amorrortu.
- Ruiz, A. (2004). *La depresión: una enfermedad inexistente*. Instituto de Terapia Cognitiva, Santiago de Chile. Extraído en junio de 2007, de www.inteco.cl/articulos/021/clase_magistral_2004.doc
- Salama H., (2002), una entrevista de Villasana M. (2002), *La Depresión, Universidad Gestalt de América*, México, extraído de www.mundogestalt.com en enero de 2007.
- Salama Penhos H. *GESTALT “de persona a persona”, volumen I*, 1996, Editorial Centro de Gestalt de México
- Stevens, J. (1976). *El Darse Cuenta: Sentir, imaginar y vivenciar*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Stevens, J. (1996). *Esto es Gestalt*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Taylor, S., y Bodgan, R., (1987), “Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación”, Editorial Paidos, Bs. As.-México.
- Sturgeon. W. (1985). *Depresión*. Buenos Aires: Grijalbo.
- Tyson, G. y Range, L. (2003), *La depresión: comparación entre la Gestalt y otros puntos de vista*, artículo publicado en *The Gestalt Journal, Vol. IV*,

No. 1. Extraído en marzo de 2007 de
www.artefinal.com/itg/doc/depresion_a.rtf

- Vander Zander James (1986), Manual de Psicología Social, Ed. Paidós.
- Vicente, P., Benjamín, et al. (2002). *Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPD)*. Rev Med Chile, No. 5
- Yontef, G. (1995). *Proceso y Diálogo en Gestalt*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Zinker, J. (1991). *El proceso creativo en la terapia Gestáltica*. Barcelona: Paidós.
- Zorrilla J, La Psicología Humanista Universalista y Psicología Clásica “Un análisis Comparativo” 2004, No Publicado

ANEXOS

ANEXO 1: TALLER GRUPAL DE ORIENTACIÓN GESTALTICA
GRUPO TERAPEUTICO DE ORIENTACIÓN GESTALTICA

Requisitos

1. **Número de sujetos en el grupo:** entre 3 y 8.
2. **Número de terapeutas y coterapeutas:** Tendrá un terapeuta solamente
3. **Número de sesiones individuales previas a la incorporación al grupo:** entre 1 y 4. con el fin de que las personas estén diagnosticadas previamente por un Psicólogo o Medico de un Trastorno Depresivo Moderado. Al menos una sesión Individual es imprescindible.
4. **Nivel escolar:** Por el nivel y abstracción de las Técnicas a utilizar, la persona al menos debe saber leer y escribir.
5. **Criterios de inclusión al grupo:** Cumplir los criterios CIE-10 para una Depresión Moderada. Ser mujer entre 20 y 45 años.
6. **Criterios de exclusión:**
 - a. Sospecha de bipolaridad
 - b. Depresión secundaria a cualquier otro trastorno psiquiátrico u orgánico. Trastorno de personalidad inidentificable, Toxicomanías.
 - c. Síntomas Sicóticos
 - d. Persona con pensamientos y conductas suicidas.
7. **Duración de las sesiones:** entre 60 y 120 minutos, siendo todas las actividades diseñadas para 90 minutos.

- 8. Nivel de Estructuración del grupo:** será estructurado en sus dinámicas, sin embargo esta abierto a cambiar en el transcurso de la sesión si así se amerita.

GRUPO TERAPEUTICO DE ORIENTACIÓN GESTALTICA

En base a los objetivos que persiguen tanto el Programa de salud mental y psiquiatría del gobierno de Chile, el Programa de Intervención Grupal para el tratamiento de la depresión y la Psicoterapia de Orientación gestaltica, el taller de Orientación Gestaltica para mujeres con Trastorno Depresivo Moderado tendrá los siguientes Objetivos:

Objetivo General

Realizar un taller Grupal, que permita a las participantes movilizar su energía en trabajo físico, mental, emocional; comprendan su sintomatología, se empoderen de su malestar y lo superen, mejorando su estado depresivo.

Objetivo Específicos

- Crear redes y apoyo entre las participantes
- Que adquieran habilidades para el manejo y comprensión de su sintomatología, se puedan sostener por si mismas y puedan compartir lo aprendido con sus seres cercanos.
- Reducir y aliviar los síntomas.
- Aprendan a tener conciencia de sus necesidades y se conozcan en aspectos negativos y positivos para sí.

- Que eleven su autoestima, confianza, sentido de bienestar y salud mental.
- Que las participantes Avancen hacia un contacto más pleno de sus sensaciones, aprendiendo a oler, a saborear, a tocar, a oír y a ver, de modo que pueda apreciar todos los aspectos de si misma
- Tomar conciencia de su propia sabiduría organísmica
- Educar el autocuidado
- Potenciar las características personales favorables.

Reglas del Grupo

- Llegar a la Hora, para no interrumpir las actividades
- Asumir un compromiso con el grupo y consigo mismo, para ello, cumplir con las tareas que se mandaran al hogar y asistir a cada sesión del taller
- Practicar las técnicas aprendidas en su vida cotidiana.
- Ser confidencial: No comentar los problemas de los demás.
- Participar en las actividades, dejando de lado la vergüenza y el miedo, dado que cada experiencia esta pensada para ser practicada y vivida por las asistentes.

PLAN DE ACTIVIDADES

1RA SESIÓN

Luego del encuadre del taller, en donde se expondrán las reglas del grupo y cada una de ellas de ellas de ideas para realizarlas. Se les motivara diciendo que **El acceso a los servicios es un derecho y no solo un beneficio**, con el fin de comenzar desde la primera sesión empoderarlas en su devenir.

Se seguirá la siguiente línea temporal:

- 1.- Presentación del terapeuta y sus funciones
- 2.- Presentación de los miembros del grupo a partir de la Dinámica de encuesta
- 3.- Explicar las normas del grupo. Horarios, respeto, derecho a la intimidad, etc.
- 4.- Comentar los objetivos del tratamiento, y construir objetivos desde el grupo

Actividad

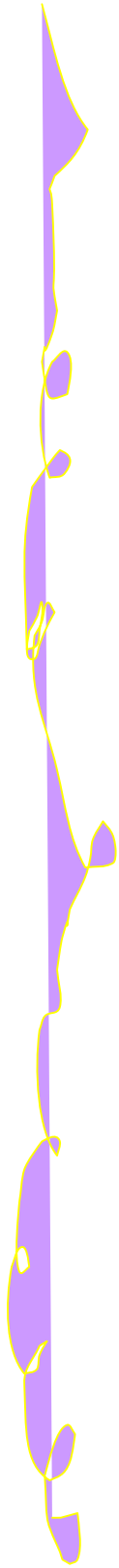
“Tú me conoces y yo te presenté”

Tiempo : 30 a 90Minutos

Materiales : Hoja que contiene antecedentes basico para conocerse las unas con las otras.

Objetivo : Conocer y crear adherencia al grupo.

Desarrollo : las participantes se juntan en parejas, posterior a eso se les entrega una encuesta, con el fin que se encuentren y conozcan. Al terminar eso, se hace un círculo en donde se realiza una presentación cruzada.



Grupo terapéutico de Orientación Gestaltica	
Consultorio Eduardo Freí	
Dinámica: Conozcámonos	
¿Cual es tu Nombre?	
¿Qué edad tienes?	
¿Tienes hijos?, ¿cuantos?	
Soltera, Casada, Viuda?...en busca de pareja?	
¿Que te gusta hacer?	
¿Cuáles son tus cualidades?	
¿Para que piensas que te puede servir el taller?	
Cuéntanos algo de ti Por ejemplo: trabajas, algún hobby, etc.	
Otras preguntas...	

2DA SESIÓN

Actividad

“Contactando”

Tiempo : 30 a 60 Minuto

Materiales : Sin materiales

Objetivo : Conocer las sensaciones, emociones, pensamientos, que experimentan las participantes de la actividad al tomar contacto con otro igual.

Desarrollo : Siéntese frente a frente de esta persona y no hable. Simplemente mira la cara de su compañero por un par de minutos y trate realmente ver a esa otra persona... no quiero que haga de esto una competencia de mirar fijo y no quiero que pierda su tiempo imaginando como es su compañero. Quiero que mire a su compañero y que simplemente se de cuenta de todos los detalles de su cara. Desé cuenta de las reales características de sus rasgos; los colores, formas, texturas, como se mueve o no se mueve su boca, etc. Quiero que realmente se de cuenta de esta otra persona. Trate de verla realmente...

¿Le sucede algo que le dificulta centrar su atención en su compañero?... si alguna otra cosa le disputa la atención, tómese un tiempo para darse más cuenta de esto...

Ensayo:

Continué mirando y al mismo tiempo imagine que piensa que pasara y que hará en los próximos minutos. De todos modos es probable que usted esta practicando algo de este ensayar, así que tómese cierto tiempo para dirigir su atención sobre sus fantasías y expectativas... tomé conciencia de ellas en detalle...¿Qué piensa que esta a punto de suceder?...

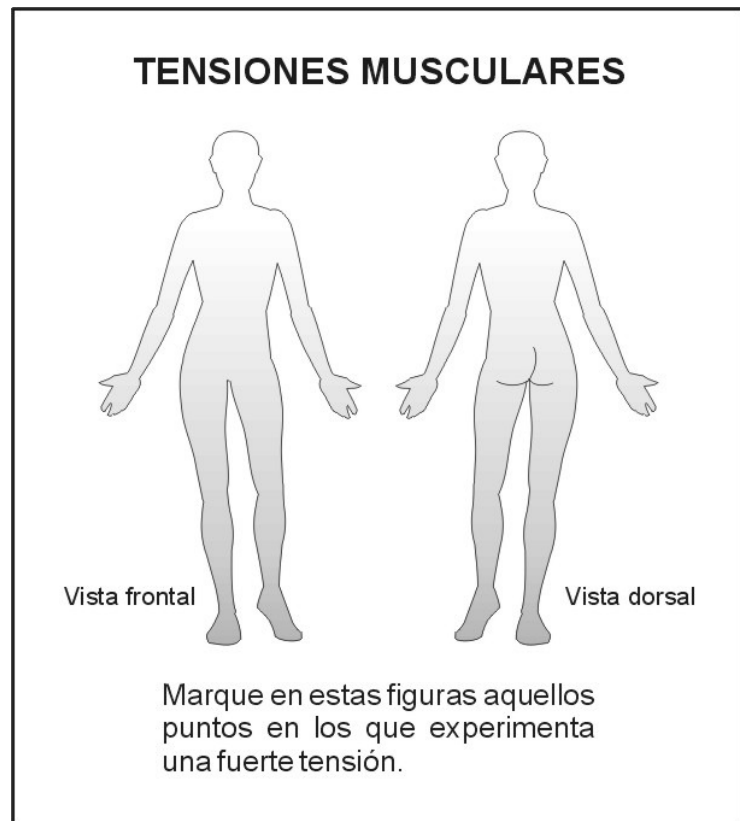
Ahora desé cuenta de lo que sucede en su cuerpo...note cualquier sensación de tensión, excitamiento, nerviosismo, etc... ¿en que medida son estos síntomas una respuesta a sus fantasías y expectativas acerca del futuro, más que una respuesta a lo que realmente esta sucediendo en este momento...?

Tarea para la casa 1:

Actividad : Identificación de las tensiones musculares

Materiales : Hoja con dos siluetas en vista frontal y dorsal

Desarrollo : Tome conciencia de su cuerpo y colorea en la silueta en que parte de su cuerpo siente tensiones musculares.



3RA SESIÓN⁸

Actividad

“Identificación con el rosal”

Tiempo : 30 a 60 Minutos

Materiales : Colchonetas y si se gusta música acorde a la situación

Objetivo : Identificarse con el rosal para lograr darse cuenta de lo que nos sucede

Desarrollo : Identificarse con un rosal, para tomar conciencia de cómo cada integrante del grupo se ve.

Póngase bien cómodo, si es posible tendido de espaldas. Cierre sus ojos y tome conciencia de su cuerpo... aleje su atención de hechos externos y dése cuenta de lo que está sucediendo dentro de usted... Percátese de cualquier incomodidad y vea si puede lograr una posición más confortable... dése cuenta de cuáles partes de su cuerpo emergen en su conciencia... y cuáles partes de su cuerpo parecen vagas e indistintas... si se da cuenta de una parte tensa de su cuerpo, vea si puede soltar la tensión... si no, trate de tensar deliberadamente esa parte, a fin de ver cuales músculos está tensando...y luego, vuelva a soltar... ahora, centre su atención sobre su respiración... dése cuenta de todos los detalles de su respiración... sienta el aire penetrar por su nariz o su boca... siéntalo bajar por su garganta... y sienta su pecho y su vientre moverse mientras respira...

Imagine ahora que su respiración es como suaves olas en la playa, y que cada ola lava suavemente alguna tensión de su cuerpo... y lo relaja aún más...

Ahora dése cuenta de cualquier pensamiento o imágenes que entren en su

⁸ Se comienza con una relajación y masajeo de las partes tensas de cada una de las participantes (La que es realizada observando la hoja de las tensiones musculares).

mente... sólo dése cuneta de ellos... ¿Qué son y cómo son?... Imagine ahora que coloca todos estos pensamientos e imágenes en un frasco de vidrio y los observa... examínelos... ¿Cómo son estos pensamientos e imágenes y qué hacen cuando usted los observa?... a medida que más imágenes y pensamientos vayan penetrando en su mente, colóquelos en el frasco también, y vea que puede aprender acerca de ellos... Tome ahora este frasco y vierta los pensamientos y las imágenes. Observe como se vierten y desaparecen y el frasco se vacía...

Ahora me gustaría que se imaginara que es un rosal y descubra cómo es ser un rosal... solo deje desarrollarse su fantasía sobre sí misma y vea qué puede descubrir acerca de ser un rosal... ¿Qué tipo de rosal es usted? ¿Dónde está creciendo?... ¿Cómo son sus raíces?... ¿y en que tipo de suelo está enraizado? Vea si puede sentir sus raíces creciendo en la tierra... ¿Cómo son su tronco y sus ramas?... descubra todos los detalles de ser este rosal. ¿Cómo se siente siendo este rosal?...¿Cómo son sus alrededores?... ¿Cómo es su vida siendo este rosal?... ¿Qué le sucede y experimenta cuando cambian las estaciones?...continúe descubriendo aún más detalles de su vida como este rosal, ¿Cómo siente su vida y qué le sucede? Permita que su fantasía continúe por un momento... en un rato más le pediré que abra los ojos y regrese al grupo y exprese su experiencia de ser un rosal. Quiero que lo relate en **primera persona del presente como si sucediera ahora**. Por ejemplo, “yo soy una rosa silvestre creciendo sobre la ladera empinada de un cerro, en un suelo muy rocoso. Me siento muy fuerte y muy bien al sol, pájaros pequeños hacen sus nidos sobre mis ramas” – o cualquiera que sea su experiencia como rosal.

Abra sus ojos cuando se sienta pronto, dibuje su experiencia de ser un rosal en la hoja de papel que tiene y luego comente su experiencia con el grupo.

Tarea para la casa 3

Actividad : Escáner de la expresión

Materiales : Hoja con preguntas

Planteamiento : Existen algunas maneras para eliminar y trabajar las tensiones, entre ellas se encuentran

- **El llanto:** llorar con ganas, llorar por que si, llorar por una película, llorar de pena.
- **El ocio: No hacer nada**
- **La risa:** Reír con otro, recordar y reír, reírse de un chiste, hacer reír.
- **La actividad Física:** Caminar, correr, bailar, hacer deportes.
- **La actividad artística o contemplativa:** dibujar, cantar, actuar, danzar, tocar un instrumento, escuchar música, leer un libro, contemplar la naturaleza...cocinar algo rico.
- **La comunicación profunda:** Conversar de lo que nos sucede, expresar nuestros sentimientos, escuchar verdaderamente a un amigo o familiar.
- **La actividad amorosa:** Regalinear, hacer cariño, hacer masajes, besar, tocar al otro, hacer el amor.⁹ Acariciarse

⁹ Extraído de Paulina Hund

Preguntas :

¿Hace cuanto tiempo que no lloras?

¿Lloras con facilidad?

¿Lloras sola?

¿Te cuesta llorar?

¿Cuándo fue la última vez que le diste el tiempo a la nada?

¿Puedes no hacer nada?

¿Hace cuanto que no ríes?

¿Ríes con facilidad?

¿Con quien te ríes?

¿Hace cuanto tiempo que no bailas?

¿Caminas cotidianamente?

¿Te gusta la actividad física?

**¿Qué actividad artística haces, o con que cosa te deleitas...una buena música,
un buen libro?**

**¿Hace cuanto tiempo que no miras algo que te guste, mucho, como por
ejemplo una puesta de sol?**

**¿Cuándo fue la última vez que tuviste una conversación profunda?,¿Con
quien?**

¿Qué cosas te guardas y no has expresado?

¿Cómo te despides de tus seres queridos por la mañana?

¿Los tocas?

¿Les haces cariño?

¿Cómo va el amor?

El buen amor es el que te sana, renueva y de nuevas energías. El mal amor es el que genera tensión y sufrimiento.

¿Cómo son tus abrazos?

¿Cómo sientes tu cuerpo?

4TA SESION

Actividad

Movimiento corporal

Descarga energética

Tiempo : 30 a 70 Minutos

Materiales : Música de tambores africanos, salsas, tangos, reggetón, merengue, etc., radio.

Objetivo : Tomar conciencia del cuerpo y las sensaciones corporales que provoca danzar con otro.

Descargar energías

Desarrollo : Ahora tome conciencia de su respiración...note todos los detalles de cómo usted esta respirando...

Básicamente el propósito es enfocar la atención en el cuerpo y dejarse ir, de modo que el cuerpo pueda hacer todo lo que desea sin la mediación de ningún plan ni dirección. Mientras dirige su atención sobre el cuerpo, se dará cuenta de las partes de su cuerpo que querrán mover. Dejen que esas partes se muevan del modo que quieran; agitada, graciosa, pesadamente, fluidamente o como quiera que les resulte cómodo a esas partes en movimiento. Las partes del cuerpo que se muevan pueden hacer mover otras. Algunos movimientos pueden cambiar y desarrollarse

en otra forma de movimientos antes de detenerse. Mientras algunos movimientos cesan otros pueden empezar, o puede que su cuerpo desee reposar durante un instante. Continué enfocando la atención sobre su cuerpo y déjelo hacer cualquier cosa que desee. Muévanse del modo que quiera durante todo el tiempo que quieran. Mientras lo hacen, puede que su cuerpo desee hacer sonido y que tengan la visión de imágenes. Dejen que dichos sonidos e imágenes se conviertan en parte del movimiento y continúen observando lo que emerge y se desarrolla de estas expresiones.

La música de tambores africanos es excelente para comenzar a hacer mover a la gente. (se puede o no utilizar música). Así mismo, ahí casos que la música inhibe el desenvolvimiento de los movimientos.

5TA SESIÓN

Actividad

Tengo que y elijo que, no puedo, no quiero, necesito quiero

Tiempo : 30 a 60 Minutos

Materiales : Sillas, música ambiental (si el terapeuta lo desea)

Objetivo : Tomar conciencia de las actividades que nos dan placer o no.

Desarrollo : La actividad se desarrollara de la siguiente manera:

Tengo que, elijo que: forme pareja con alguien y siéntese frente a esa persona. A lo largo de todo experimento mire la cara de esa persona y háblele directamente. Alternese diciendo frases que comiencen con las palabras “tengo que...”, haga una larga lista de cosas que tienes que hacer. Tómese 5 minutos

aproximadamente, para hacerlo...

Ahora retroceda a las frases que dijo y reemplace el “tengo que...” por “elijo que...” y alterne con su compañero de expresión de estas frases. Diga exactamente lo que dijo antes, salvo en dicha palabra. Me gustaría que se de cuenta que tiene el poder de tomar decisiones, aun en el caso de que esa elección sea entre alternativas indeseables. Tome tiempo para darse cuenta como experiencia cada frase que comienza “Elijo...” luego repita esta frase e inmediatamente agregue cualquier frase que se le ocurra a continuación. Por ejemplo: “elijo conservar mi empleo. Me siento protegido y seguro”. Tómese nuevamente unos 5 minutos para hacer este ejercicio...

Ahora dedique unos 5 minutos para contarle a su compañero que vivencio haciendo esto. ¿Tiene usted alguna experiencia real de tomar responsabilidades por una elección propia alguna sensación de despertarse ligeramente de su autohipnosis, algún descubrimiento acerca de mayores poderes y posibilidades....?

No puedo – no quiero: Túrnese ahora para intercambiar frases que comiencen con las palabras “no puedo...” tómese unos minutos para hacer una larga lista de cosas que usted no puede hacer...

Retroceda a todas esas frases recién dichas y reemplace el “No puedo...” por “No quiero...”, alterne con su compañero la formulación de estas frases. Diga exactamente lo que antes dijo, salvo en las palabras iniciales, y luego tómese tiempo para recapacitar sobre como se sintió diciendo cada frase. ¿Es algo realmente imposible, o es algo posible que usted se niega a hacer? Quiero que se de cuenta de capacidad y poder de negación. Luego repita esa frase que comienza con “No quiero...” y agréguele cualquier otra frase que se le ocurra a

continuación. Tómese unos minutos en esta tarea...

Ahora empleen algunos minutos en contarse que vivenciaron haciendo esto. ¿sintió alguna sensación de fuerza al asumir la responsabilidad de su negativa, diciendo “No quiero...”? ¿Qué otra cosa descubrió?...

Necesito- Quiero: túrnese con su compañero para decirle frases que comiencen con las palabras “necesito...” tómese unos minutos para hacer una larga lista de sus necesidades...

Retroceda a las frases que acaba de decir y reemplace el “necesito...” por “quiero...” alternando con su compañero en la formulación de las mismas. Diga exactamente lo que anteriormente dijo, salvo en dicha modificación, y luego Desé tiempo para tomar conciencia de cómo se siente diciendo cada frase. ¿Se trata de algo que realmente necesita o es algo que usted quiere, pero puede sobrevivir fácilmente sin ello? Quiero que se de cuenta de la diferencia entre algo que realmente necesita, como aire y alimentos, y otras cosas que quiere y son muy agradables y bonitas, pero no absolutamente necesarias. Luego repita esa frase que comienza con “quiero...” e inmediatamente agréguele las palabras que se le ocurran. Tómese unos minutos en esta operación...

Ahora emplee algunos minutos en contar a sus compañeros que experimento haciendo el ejercicio. ¿sintió algún tipo de alivio o libertad al comprender que algunas de sus “necesidades” realmente son conveniencias?¿de que cosa tomo conciencia?...

Tarea para la casa 3

Actividad : Como trato y quiero que me traten

Materiales : Hoja con preguntas sobre como se observan según distintas áreas

de su vivencia.

Desarrollo : Observar durante la semana las distintas situaciones que paso, como me trato y trato a los demás.

Cómo quiero que me traten?

Mis familiares	
Mis amigos y vecinos	
Mis compañeros	
Mis superiores	
Mi pareja	

Los trato así a ellos? Cómo los trato?

Mis familiares	
Mis amigos y vecinos	
Mis compañeros	

Mis superiores	
Mi pareja	

Cómo me trato a mi misma?
Trataría así a un ser muy querido?

6TA SESIÓN¹⁰

Actividad

Separación Conexión

Tiempo : 30 a 60 Minutos

Materiales : Música de danza (lenta)

Objetivo : Conocer en que situación se encuentra más cómoda, conectada con los demás o aislada de los demás.

Conocer las sensaciones corporales que existen en nuestro cuerpo cuando nos contactamos con el otro.

Desarrollo : Busquen un sitio con espacio a su alrededor...cierren los ojos y tomen contacto con su cuerpo... Explore sus sensaciones físicas y lo que esta ocurriendo dentro de ustedes...ahora comiencen a mover las manos y pies y exploren el espacio a su alrededor....Dense cuenta de cómo se sienten en el espacio que ocupan.¿sienten deseos de permanecer solos en ese espacio o sienten de ir y tomar contactos con otros?... si quieren comiencen a avanzar ahora. Cuando contacten a alguien, estréchense las manos si quieren permanecer en contacto con el. Si el quiere permanecer en contacto también estrechara su mano. De ahora en adelante, mantengan contacto y continúen moviéndose juntos como si ambos fueran parte de un organismo. Pueden modificar la manera de tocar a esa persona en tanto mantengan contacto de algún modo. También pueden absorber a otros en este organismo si así lo desean ustedes y ellos. Continúen moviéndose durante 5 minutos, e interactúen o manténganse separados, según

¹⁰ Se revisa el papel y se comparte con el grupo donde se encuentran las tensiones y las emociones del como se observan.

deseen....

Ahora, lentamente, aléjense de quienes están tocando hasta permanecer nuevamente solos. Empleen un breve lapso para experimentar la sensación de estar solos nuevamente.

Tarea para ka casa 4

Actividad : La Actitud positiva

Materiales : Una hoja con preguntas sobre las virtudes que tenemos.

Qué virtudes reconozco en mi?

Qué virtudes me reconocen las otras personas

Describo lo que siento al :

Decir mis virtudes

Cuando las otras me dicen

Cuando le digo a otras Mis virtudes

7MA SESIÓN

Actividad

Posiciones corporales y estados mentales

(Tomado de autoliberación de Luis Amman)

Tiempo : 30 a 60 Minutos

Materiales : Sillas, música ambiental (si el terapeuta lo desea)

Objetivo : Tomar conciencia de la postura corporal con la que nos desenvolvimos en el devenir.

Desarrollo : La actividad esta dividida en dos series

Serie 1. Estática corporal.

A. Póngase de pie, como habitualmente lo hace. Imagine una línea que pasa verticalmente desde la cabeza hasta el suelo. Comprenderá de inmediato si su cabeza está mal colocada, si el pecho está hundido, el abdomen fuera de sitio, o el bajo vientre escondido (y por tanto, los glúteos fuera de línea). No trate de corregir las malas posiciones. Simplemente, tenga noción de ellas y memorice bien sus detalles.

Posteriormente, dibuje en el cuaderno, y tal cual la imagina, su silueta vista de perfil. Marque los puntos incorrectamente emplazados y comprenda qué debe corregir. Ahora hágalo: de pie corrija todos los defectos. Verá que esto no es fácil ya que durante años ha formado malos hábitos en sus posiciones.

Cuando crea haber adoptado la posición correcta, colóquese de pie tratando de pegar sus talones y espalda contra una pared. Observe y siga corrigiendo.

B. Siéntese en una silla como lo hace habitualmente. Recorra a la línea imaginaria y tenga noción de los errores de posición. Ahora corrija.

Por último, pegue los glúteos y la espalda en el respaldo de su silla. Repita varias veces.

C. Recuéstese. Afloje los músculos. Observe qué partes del cuerpo quedan en mala posición o crean fuertes tensiones. Ponga atención en la posición de su cabeza y espalda. Corrija. Repita varias veces.

Serie 2. Dinámica corporal.

A. Camine como lo hace habitualmente. Observe los errores de posición. Camine luego, tratando de mantener la postura correcta que fijó en el ejercicio anterior.

B. Camine, siéntese y levántese nuevamente, para retomar el andar. Haga todo eso como acostumbra. Efectúe las mismas operaciones pero en base a las correcciones del caso.

C. Manteniendo la postura adecuada, abra y cierre una puerta. Observe si se "sale" de las posturas correctas. Repita varias veces.

D. Camine. Inclínese para tomar un objeto del suelo. Camine. Vuelva a inclinarse para dejar el objeto. Observe si se "sale" de las posturas correctas. Repita varias veces.

E. Camine y luego salude a los partícipes. Converse brevemente con ellos. Camine nuevamente. Observe en qué momentos se "sale" de las posturas correctas. Repita varias veces.

Recomience la lección y efectúe de nuevo lo propuesto en las series 1 y 2. Tome nota de sus observaciones. Llegue a un acuerdo con los otros partícipes, en el sentido de corregirse mutuamente en las futuras lecciones, cuando se observe en cualquiera malas posturas.

Importante: Propóngase aplicar sus resoluciones en la vida diaria hasta la próxima reunión.

La Actividad es Finalizada con una relajación

8VA SESIÓN

Actividad

Cierre

Tiempo : 30 a 60 Minutos

Materiales : No existen materiales

Objetivo : Dar cierre al taller y conocer la síntesis que le dan a este de las participantes

Desarrollo : Se realiza un círculo en donde los participantes nos observamos a la cara, se da el cierre al taller y se conoce la experiencia de haber participado en el grupo.

Así mismo se realizara una evaluación del proceso a través de las siguientes preguntas:

1.- Situación Inicial

A.- Contexto y situaciones que motivaron la terapia

B.- Motivos Internos (biograficos, padecimientos, etc)

C.- Cual era el clima emocional que experimentaba, que preocupaciones y conflictos sufría.

D.- Cuáles aspectos y roles de mi vida estaban más comprometidos?

2.- Trabajo Terapéutico

A.- Cuales cree usted fueron las temáticas que hemos trabajado en este proceso

B.- Que cosas he podido aprender para avanzar en mi desarrollo personal

C.- que mejoras puedo consignar en mi vivenciar, en mis actitudes, etc.

D.- Que aspectos tendría que seguir trabajando en mi vida para afrontar las nuevas etapas y desafíos de mi vida.

Bibliografía

- Ammann L. A., Autoliberación, Ed. Humanistas 1980

- Moreau A. Ejercicios y Tecnicas creativas de Gestalterapia, Ed. Sirio, 1999
- Stevens J. El Darse Cuenta, sentir, imaginar y vivenciar. Ed. Cuatro vientos. 1976

Anexo 2: **Observaciones grupo de orientación gestáltica**

Sesión 1

“Tú me conoces y yo te presento”

Pauta de Observación			
	Sujeto 1 (rosa)	Sujeto 2 (margarita)	Sujeto 3 Beatriz
CONTACTO			
Accesibilidad	A la paciente le cuesta, permanece callada, tiene cara de seria en cada momento.	Ella es muy amable con todos, en cada instante se observa preocupada por los demás.	Ella, se muestra poca accesible.
Fronteras	No toca, no mira, permanece inerte, solo habla en una ocasión.		
Se miran	No mira a los ojos, permanece con la cabeza gacha.	Cuando habla mira hacia adelante, pero no mira a los ojos.	La sujeto mira fijamente a los ojos, pero sin embargo se nota en su miraba algo cajoneada.
Se tocan	No existe contacto físico entre ellas		
Se escuchan	Es más lo que escucha de lo que habla	Escucha placidamente	Interrumpe cuando hablan las demás o el terapeuta.
Conversan	Solo en dos ocasiones	Es la que más habla y la que se observa más interesada	Si, pero en todo momento muestra como que es ella la que tiene la

			razon en todo.
POSTURAS CORPORALES			
Como se sientan	Con los brazos caídos y con la espalda arqueada.	Con la espalda arqueada	Con la espalda arqueada.
Como se Paran	Tiene una postura con los brazos caídos y columna arqueada.	Con la espalda arqueada, con el vientre hacia abajo	Es la más activa del grupo, pero tiene los hombros caídos y se observa como si algo le pesara en el cuerpo.
Como caminan	Arrastra los pies	Con la espalda y brazos caídos.	Con la espalda arqueada, con la cabeza mirando hacia abajo.
Como se desenvuelven	Se nota algo tímida, no habla hasta que se le invita a hablar.	Es la que más habla, pero no continua hablando cuando es interrumpida.	Tienen a interrumpir a sus compañeras, habla mirando a los ojos, pero cuando camina suele mirar hacia abajo.

Sesión 2

“Contactarse”

Pauta de Observación			
	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3
CONTACTO			
Accesibilidad	Se nota algo negativa de hacer la actividad. Se queda sin pareja y trabaja con el terapeuta.	Dice explícitamente que le cuesta observar a los demás, mirarlos a los ojos.	Al principio le es indiferente la actividad, pero toma la iniciativa en escoger a la pareja.
Fronteras			
Se miran	Al principio no miraba a los ojos, pero luego de un rato de la actividad mira y se nota una mirada triste.	Si, mira a los ojos	Mira fijamente a los ojos.
Se tocan	No	no	No
Se escuchan	Si, se observa mas interesada en conversar que la vez anterior.	si	No interrumpe tanto como en la primera sesión a las compañeras.
Conversan	Si, las tres se preguntan donde viven al finalizar el taller. Pero, rosita es la primera en irse. La sujeto 2 se me acerca a decirle que le había gustado mucho la actividad, que se dio cuenta que le costaba mirar a los ojos.		
POSTURAS CORPORALES			
Como se sientan	Con los hombros caídos y la	Se echa en el asiento, tiene la	Con los brazos caídos y con la

	espalda arqueada.	espala arqueada como en semi circulo.	espalda hacia adelante.
Como se Paran	Con los brazos caídos y la espalda arqueada hacia adelante, con la cabeza por delante de la espalda y con la mirada hacia abajo	Espalda arqueada.	Permanece con la parada, como si le pesara algo en el cuerpo.
Como caminan	Con la espalda arqueada hacia abajo en unos 3 grados.	Con pasos cortos y como si le pesara el cuerpo.	Con pasos cortos y caminar lento, aunque en ocasiones se ve acelerada.
Como se desenvuelven	La paciente hoy se observo mas aplicada al taller, si bien en un principio no quería participar en la actividad, el hacerlo la hizo motivarse. Al finalizar dijo “desde que tengo esto que cuando tengo que hacer cosas no las hago, por que no quiero”... “pero	Se observo cómoda trabajando con la compañera, me parece que pudo conversar más y no sentirse tan interrumpida, se logro contactar con la compañera.	Fue respetuosa de sus compañeras y trabajo bien en el taller. Su mirada no eran tan desafiante y se notaba interesada en el otro. Mucho más que la primera sesión en donde era más confrontacional.

	<p>hoy fue una de las primeras veces que las hice y me siento mejor. Me cuesta mirar a los ojos a las personas”</p>		
--	---	--	--

Sesión 3

“El rosal”

Pauta de Observación			
	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3
CONTACTO			
Accesibilidad	Se abrió a conversar de cosas intimas de ella, fue la primera aproximación que tiene la paciente a compartir con las compañeras.	Comenzó a describirse, con sus miedos, temores y como quería llegar ha ser, se noto accesible al dialogo y a compartir cosas intimas.	La paciente abrazo y se acerco a su compañera cuando contaba sus miedos. Se noto accesible y contenedora de su compañera.
Fronteras	Miro, escucho y compartió.	Escuchaba y conversaba con las demás compañeras.	Toco a su compañera, la escucho.
Se miran	Miro a sus compañeras al conversar.	Tiene una mirada dulce y triste a la vez, tenia los ojos llenos de lágrimas al conversar y contar sus miedos.	Si, pero por primera vez, dejo de ser el personaje principal del grupo y se lo cedió a su compañera. La

			miraba y la tocaba.
Se tocan	No, aun no toca en las actividades a sus compañeras	Se dejo tocar y ofreció una mano a su compañera cuando esta la abrazo	Abrazo a su compañera, al principio solo le toco el hombro, después le paso el brazo por encima de los hombros y la termino abrazando.
Se escuchan	Si	Si	Si, sin interrumpir a las demás compañeras
Conversan	Si, comparte más de su vida y las retroalimenta	Si, existe una conversa fluida	Si
POSTURAS CORPORALES			
Como se sientan	Se observaba como que tenía todo su cuerpo en la silla.	Estaba echada en la silla	Se encontraba echada en la silla, en ocasiones se movía y acercaba la cabeza cuando le interesaba algún tema de sus compañeras.
Como se Paran	Con los hombros caídos y con la espalda encorvada	Con los hombros caídos	Hombros caídos
Como caminan	Pasos lentos y cortos, con la misma postura que	Lento y encorvada	Encorvada y con pasos cortos, le dolía una pierna,

	cuando están de pie		así que también cojeaba.
Como se desenvuelven	Se nota interesada en la actividad, conversa y se ríe al finalizar.	Se abre a las compañeras a contarles sus miedos, lo que hace que el grupo pase a otra etapa, debido a que ellas comienzan a tomar los tiempos y hacen que con eso, el terapeuta no haga las preguntas, sino que ellas se las hagan y conversen sin salirse de la temática.	Conversa, toca y ayuda a que las compañeras se sientan más cómodas. Es la primera en acercarse a las otras y ofrecerle un gesto de atención. Contribuye a que el grupo lleve sus propios ritmos y que el terapeuta tome un rol secundario, donde ellas tienen un fluir en su conversación.
	<p>Es la primera sesión en donde se observo una atmósfera de comprensión, se trabajo en la relajación y ellas se pudieron observar en sus temores, alegrías, cosas que le pasan. Se identificaron con la rosa y le pudieron dar su propia interpretación.</p> <p>El terapeuta solo realiza la actividad, les da la preguntas y ellas luego llevan el ritmo de su conversación, existió una conversación fluida en donde todas participaron y se respetaron.</p>		

Sesión 4

“Movimiento corporal, descarga energética”

Pauta de Observación			
	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3
CONTACTO			
Accesibilidad	Al principio comenzó en un rincón, sin moverse mucho, luego de un rato de la música y con los ojos cerrados comenzó a moverse hacia el centro, en donde se topaba con sus compañeras y las tocaba.	Cuando se topaba con las compañeras, aceptaba bien el contacto físico.	Se acercaba a sus compañeras, las abrazaba y bailaba con ellas.
Fronteras			
Se miran	Al principio la actividad fue con ojos cerrados, pero luego cuando los abrieron, se miraban, se reían y pasan un rato agradable.	Si, mira a sus compañeras.	Las mira y las toca, le cuesta tener los ojos cerrados.
Se tocan	Toca a sus compañeras, pero luego de un buen rato, después de entrar en confianza, las	Toca y acaricia a sus compañeras. En ocasiones cuando están las tres bailando juntas, se aleja,	Es la que toma la iniciativa al momento de tocar.

	abraza, y baila con ellas.	pero luego de un rato vuelve al grupo.	
Se escuchan	Escucha a las demás, y se ríe.	Se ríe y conversa	Si, no interrumpe a nadie en el compartir.
Conversan	Conversa y comparte su vivencia de la actividad	Conversa, se ríe y escucha atentamente a sus compañeras en el compartir.	Conversa y escucha.
POSTURAS CORPORALES			
Como se sientan	Se sienta algo agitada, pero con la mitad del cuerpo hacia adelante, como interesada en compartir.	Se sienta hacia adelante, y se observa muy atenta cuando comparten.	Agitada, con una sonrisa en su rostro. Con el cuerpo rígido, hacia adelante.
Como se Paran	Con la espalda encorvada.	Con la espalda encorvada.	Con la espalda encorvada, pero con el cuerpo más rígido que en otras ocasiones, se nota como si le costara menos moverse.
Como caminan	Con los brazos caídos, pero no como en otras ocasiones, se nota un caminar cansado.	Con los brazos caídos y la espalda encorvada, con pasos más firmes que en ocasiones anteriores.	Esta mas acelerada, no tiene un caminar cansado como en las otras ocasiones.

Como se desenvuelven	Bien, converso, toco y e deajo tocar, se observo claramente que estaba pasando un buen momento.	Se observaba cómoda, en toda ocasión.	Es la que toma el rol del líder del grupo, ya que es la que toma las iniciativas y las otras la siguen.

Sesión 5

“Tengo que y elijo que, no puedo, no quiero, necesito quiero”

Pauta de Observación			
	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3
CONTACTO			
Accesibilidad	Se nota amable y accesible, conversa más con sus compañeras y no tiene la cara como de estar enojada que tenia en un principio, sonríe más y conversa más.	Conversa, mira y en ocasiones toca a sus compañeras.	Mira y conversa con sus compañeras, esta más abierta al dialogo y ya no impone sus ideas.
Fronteras	Conversa, mira,	Mira, toca, escucha.	Mira, toca, escucha.
Se miran	Mira a sus compañeras, las contemplan.	Ahora mira a los ojos a sus compañeras.	Contempla y mira a los ojos a sus compañeras.
Se tocan	Toca a su pareja, le toma las manos.	En ocasiones me toca las manos, sobre todo cuando yo era el que hablaba.	Se nota cierta cercanía con la compañera, la contempla y le toma la mano,

			incluso a veces los brazos.
Se escuchan	Si, muestra cara de interesada a la hora de escuchar a las demás.	Mientras hablo, me escucha atentamente, así mismo, lo hace cuando se esta compartiendo al finalizar el taller.	En cada sesión se ha observado una mayor capacidad de escucha, la que no mostraba en las primeras sesiones. Hoy no interrumpió a nadie, hablo y dejo hablar a las demás.
Conversan	Se queda conversando con sus compañeras pasadas la sesión. En el grupo, comparten luego de las actividades. Pero ahora se quedan conversando y sale con las compañeras del taller.	Conversa con mucha apertura, es la que más habla de sus cosas personales, sus miedos, las cosas que le angustian.	Ahora se observa mucho más abierta a las conversaciones, ya no interrumpe a sus compañeras y las escucha. Se queda conversando con sus compañeras y sale en conjunto con ellas de la casa.
POSTURAS CORPORALES			
Como se sientan	No cambia la postura, pero ya no permanece inmóvil como en las anteriores sesiones. Ahora	No cambia la postura, se sienta de una manera semi encorvada.	No cambia la postura, es con la espalda encorvada y con los brazos caídos. En ocasiones toca a

	se mueve mucho más, y se acerca a sus compañeras a la hora de conversar (la toca)		sus compañeras cuando se encuentra sentada.
Como se Paran	Se nota con una postura semi encorvada.	Tiene los hombros caídos, vientre bajo, brazos caídos. Pero se expresa con mayor movilidad, ahora cuando habla mueve los brazos.	Tiene los hombros caídos, pero su parada es mas rígida, no tan encorvada.
Como caminan	Su caminar se observa mucho más activo que antes, como un caminar más firme.	Camina con los brazos caídos, pero se observa otro carisma en su mirar y en su caminar.	Hoy su caminar no es acelerado, es más bien tranquilo pero como con convicción. Como que se dirige hacia algo lugar u objeto sin temor.
Como se desenvuelven	Hoy se fue con sus compañeras, compartió y se reía mucho. Dijo que en el taller no se encuentra en la jaula.	Al parecer la paciente confía mucho en sus compañeras o se encuentra con muchas ganas de hablar de su vida, por que en cada ocasión que se da para que comparta, cuenta	Ella es la líder del grupo, es la que lleva las iniciativas en cada instante. En ocasiones toma un rol secundario, pero se observa una líder. Hoy invito a sus compañeras a que fueran a su casa,

		cosas excesivamente intimas, sin filtro. Pero, así mismo, da pie con ellos que las otras se habrán al dialogo profundo.	cualquier día. Lo que hace, que entre ellas vayan conociéndose más allá del grupo terapéutico.

Sesión 6

“Separación conexión”

Pauta de Observación			
	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3
CONTACTO			
Accesibilidad	Se noto muy accesible, busco a las compañeras y las toco.	Cuando fue tocada por su compañera la abrazo, y luego de ello comenzó a tocarla también.	Se acerco, y se observo muy cómoda al recibir el abrazo de su compañera, eso si al parecer no se lo esperaba.
Fronteras	En esta ocasión se dio la posibilidad de acercarse a tal punto que ella le dijo a su compañera que olía rico.	Miro, converso, toco y olió a sus compañeras.	Miro, converso, toco y olió a sus compañeras y se dejo oler.
Se miran	Miro a sus compañeras, con cara de estar interesada en	Miro a sus compañeras fijamente a los ojos, no tenia su	Se miro fijamente con su compañera a los ojos, para luego finalizar ese

	ellas.	cabeza con mirada hacia el suelo, pudo contactarlas en el mirar.	acto con un gran abrazo.
Se tocan	Se toco mucho con sus compañeras, en una ocasión se salio de la triada para ir a tocarse a si misma.	Se toco con sus compañeras y también lo realizo a ella misma, su rostro, su pelo. Cuando se alejo de la triada la compañera, abrazo a Beatriz, luego de mirarse fijamente a los ojos.	Toco a sus compañeras, y dejo tocarse por ellas. Incluso de dejo oler.
Se escuchan	Al momento de compartir, hablo mucho, mucho más que en las sesiones anteriores, decía lo que le parecía el tocar a los otros y lo incomoda que se siente al hacerlo a otras personas. Y a la hora de escuchar se notaba atenta.	Escucha a sus compañeras, pero por primera vez interrumpe una conversación, para hablar de una anécdota que le produjo la actividad.	Ya no interrumpe, escucha atentamente a sus compañeras y cuando las retroalimenta espera que estas terminen. Se nota interesada en las personas del grupo y en sus conversaciones.
Conversan	Conversa mucho más, se observa cómoda	Conversa mucho, y le gusta hacerlo, al parecer se	Hoy la conversación fue más fluida y no en

	<p>conversando con sus compañeras. Cuando termina la sesión se queda conversando que en su casa podríamos hacer una once o algo parecido para compartir.</p>	<p>siente cómoda al hacerlo.</p>	<p>dirección a lo que la paciente planteaba, se noto interesada en el conversar con sus compañeras.</p>

POSTURAS CORPORALES

Como se sientan	<p>Se sienta de una manera de semi curvatura en su espalda, algo echada en la silla, con las piernas semi abiertas.</p>	<p>Se sienta con las piernas semi abiertas y con el cuerpo hacia adelante. Su postura en los hombros es caída.</p>	<p>Con el cuerpo relajado en la silla al momento de hacer la actividad. Al conversar se sienta con el cuerpo hacia adelante, con una mirada atenta hacia las compañeras.</p>
Como se Paran	<p>Se para con una postura corporal semi corvada y con los hombros caídos. Se notan caídos incluso cuando se acerca a las otras personas.</p>	<p>Piernas semi abiertas, con una postura relajada, respira con inspiraciones cortas. Hombros caídos, espalda semi encorvada, como si apretara su</p>	<p>Se para con la espalda encorvada y con el abdomen salido.</p>

		abdomen y eso no le permitiera inspirar más largamente el aire.	
Como caminan	En su caminar se nota con los hombros caídos y con la espalda semi encorvada.	Camina pasos cortos pero firmes. Mucho más firmes que los antes.	Camina con los brazos hacia abajo moviéndolos.
Como se desenvuelven	Al principio se encontraba como aislada, pero luego se unió a las otras chicas.	Se junto con la compañera por casualidad y se forma una pareja de trabajo, cuando llego la tercera compañera la acogieron y realizaron el ejercicios entre las tres.	Ella era la que empezaba a tocar y a conversar. Hoy fue el grupo el que llevo el ritmo.

Sesión 7

“Posiciones corporales y estados mentales”

Pauta de Observación			
	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3
CONTACTO			
Accesibilidad	Se observo muy interesada en la conversación. Estaba muy impresionada de darse cuenta de su	Compartió su experiencia, se reía mucho al observarse en su postura corporal.	Compartió y se impresiono de su cuerpo.

	postura corporal, de cómo ésta no le permitía respirar bien.		
Fronteras	Converso	Converso	Converso
Se miran	Miraba a sus compañeras, pero se miro mucho más ella. Se notaba muy atenta a su corporalidad frente al espejo.	Se miro mucho más en el espejo, no observaba mucho a sus compañeras. Solo en el compartir. Ahora la paciente suele mirar fijamente a los ojos, aun cuando en ocasiones agacha la mirada.	Miro a sus compañeras en el compartir, pero se observó mucho ella, era la que se encontraba más cerca del espejo.
Se tocan	hoy no toco en la actividad, solo se observo abrazarse con las compañeras al momento del saludo.	Solo abrazo a su compañera en el momento del saludo.	Solo abrazo a su compañera en el momento del saludo.
Se escuchan	Si, se reía de ella, de su postura y escuchaba a las compañeras verse y las cosas que decían y se reía aun más. Al momento del compartir, se	Escucho a sus compañeras atentamente en el momento del compartir, y se reía con ellas.	Escucho a sus compañeras en el momento del compartir. No las interrumpió en ningún momento.

	notaba dispuesta al dialogo y a la escucha.		
Conversan	Si, al finalizar se va con sus compañeras, conversando.	Al momento del final de la sesión sale en compañía de sus compañeras conversando.	Converso y se fue con las compañeras.
POSTURAS CORPORALES			
Como se sientan	Con el cuerpo hacia adelante en una primera instancia, pero después se sienta dejando la espalda en el respaldo de la silla y en una posición recta, pero más bien relajada.	Antes de la sesión se sentó como lo suele hacer, con los hombros caídos, la espalda semi curva. Pero después, dejaba su cuerpo caer en la silla y se encontraba recta.	Fue la única que permaneció con la misma postura antes y después del taller. Con el cuerpo hacia adelante desde la cabeza hacia las caderas.
Como se Paran	Una postura recta al finalizar la sesión	Recta al finalizar la sesión, con los hombros más recogidos que caídos. Con las piernas semi abiertas.	Se paro en un comienzo con la espalda encorvada, pero luego, se paro recta, y comenzó a respirar más profundamente, no tan agitada como lo solía hacer.
Como caminan	Flectaba las rodillas	Caminaba de una, forma relajada.	Caminaba con las nalgas hacia atrás

		Moviendo sus brazos.	(poto parado). Es la primera vez que el terapeuta ve esa postura en la paciente.
Como se desenvuelven	Se reían mucho, se observo y realizo algunas modificaciones en su postura corporal.	Se reía mucho	Se reía mucho

Sesión 8

“Cierre y entrevistas”

Pauta de Observación			
	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3
CONTACTO			
Accesibilidad	La paciente en la entrevista se abrió a muchas cosas, agradecía el conocer a las personas que estuvieron hay. Que había conocido a muy lindas personas, que la entendían.	Era la más agradecida, la paciente fans del grupo. Decía que el grupo le había permitido conocer a gente simpática y que la entendía.	Decía que al principio le había costado integrarse al grupo por que no entendía mucho a sus compañeras. Pero que con el paso del tiempo había encontrado a buenas personas.
Fronteras	Miro, rió, y me abrazo al termino de la entrevista.	Me miro, me converso, me escucho y al finalizar me abrazo.	Me abrazo y en cada momento me miro a los ojos, sobre todo

			en el momento de la entrevista.
Se miran	Miraba en cada instante, aun cuando en ocasiones dejaba de mirarme a los ojos.	Miraba a los ojos	Miraba a los ojos.
Se tocan	Solo cuando me abrazo	Cuando me abrazo	Cuando me abrazo al despedirse
Se escuchan	Hoy más que escuchar fue la paciente quien hablo.	La paciente me hablaba y escuchaba en la retroalimentación.	Escucho las preguntas y hablaba de cómo se había sentido en el taller.
Conversan	si	Si	Si
POSTURAS CORPORALES			
Como se sientan	Como había una mesa para realizar la entrevista se apoyaba en la mesa y tenía el cuerpo tirado hacia adelante.	Con el cuerpo apoyado en la mesa, desde los codos.	Con el cuerpo apoyado en la mesa, con los brazos abiertos a la altura de los hombros.
Como se Paran	Con los hombros semi caídos, pero cuando se daba cuenta de su postura decía que intentaba cambiarla a la	Dijo que intentaba a cada instante de estar un poco más recta, para poder respirar mejor. Pero que aun le costaba mucho.	Espalda encorvada, pero no tanto.

	postura que se le planteo en el taller.	Se para con una posición de espalda encorvada.	
Como caminan	No se observo	No se observo	No se observo
Como se desenvuelven	Al momento de conversar como se encontraban sus brazos encima de la mesa, se observo que los movía al comunicarse.	Se notaba bastante agradecida.	Conversaba, se reía, y realizo algunas sugerencias, como que el grupo podría seguir para otras personas.

Anexo 3: **Transcripción cuestionarios y entrevistas.**

Cuestionario escáner de la expresión

Rosa (sujeto 1)

1. ¿Hace cuanto tiempo que no lloras?

Hace poco, por que soy muy sensible y todo lo tomo muy a pecho.

2¿Lloras con facilidad?

Si, por que ando muy sensible

3¿Lloras sola?

Si, por que me siento más cómoda llorando a solas y no me gusta que mi familia me vea.

4¿Te cuesta llorar?

No, por que yo pienso que la persona que llora es débil

5¿Cuándo fue la última vez que le diste el tiempo a la nada?

No me acuerdo

6¿Puedes no hacer nada?

No, por que me gusta sentirme útil

7¿Hace cuanto que no ríes?

Hace mucho tiempo, por que no he tenido motivos, para reír con ganas.

8¿Ríes con facilidad?

No, por que soy una persona amargada

9¿Con quien te ríes?

Con mis nietos

10¿Hace cuanto tiempo que no bailas?

Hace mucho tiempo, por que no salgo para ninguna parte, ya que a mi marido no le gusta salir.

11¿Caminas cotidianamente?

A veces, por que no tengo animo de hacer nada

12¿Te gusta la actividad física?

A veces

13¿Qué actividad artística haces, o con que cosa te deleitas...una buena música, un buen libro?

Música, con la música, por que me siento relajada y cómoda escuchándola

14¿Hace cuanto tiempo que no miras algo que te guste, mucho, como por ejemplo una puesta de sol?.

Hace tiempo, por que no he tenido oportunidad de hacerlo.

15¿Cuándo fue la última vez que tuviste una conversación profunda?,¿Con quien?

Hace mucho tiempo, por que no se ha dado el momento de conversar con la persona indicada.

16¿Qué cosas te guardas y no has expresado?

Mis problemas, por que no me gusta expresar lo que siento (RETROFLEXION)

17¿Cómo te despides de tus seres queridos por la mañana?

Con un beso o les digo chao, por que así es como expreso lo que siento cuando me despido.

18¿Los tocas?

No mucho, por que me da vergüenza.

19¿Les haces cariño?

A veces, aunque la mayor de las veces no nos hacemos nada.

20¿Cómo va el amor?

Más o menos, por que falta un poco de comunicación con mi marido

Más o menos

21 ¿Cómo son tus abrazos?

Débiles, aun cuando a las personas que quiero los abrazo fuertes...

Cuestionario

“Como trato y como quiero que me traten”

Cómo quiero que me traten?

Mis familiares	Con respeto y cariño, que me mimen, que me digan que me quieran y que soy importante para ellos.
Mis amigos y vecinos	Con respeto, sintiéndome importante, pero primero tengo tener amigos, por que no tengo.
Mis compañeros	No tengo compañeros.
Mis superiores	No trabajo, así que no tengo superiores.
Mi pareja	Con tolerancia, respeto y amor. Que no me presione.

Los trato así a ellos? Cómo los trato?

Mis familiares	Con respeto y cariño, pero a veces los trato mal por que me aburren.
Mis amigos y vecinos	Con respeto, pero no tengo mucho contacto con ellos, en realidad no tengo contactos fuera de mi casa.
Mis compañeros	No tengo compañeros.

Mis superiores	No trabajo, así que no tengo superiores.
Mi pareja	Con tolerancia, respeto y amor. Pero cuando el me busca, lo rechazo, y que digo cosas no muy buenas, lo hago sentir mal y eso también me hace sentir mal a mi.

Cómo me trato a mi misma?

Con respeto, pero no me escucho, no me hago cariño, me dejo de lado, no me preocupo por mi.

Trataría así a un ser muy querido?

No, por que me siento mal con mi propio trato, hace que sienta muy mal, eso me hace caer en depresión.

LA ACTITUD POSITIVA

Qué virtudes reconozco en mi?

Soy respetuosa
 Soy buena madre
 Tengo buenos sentimientos
 Soy sincera
 Soy buena hermana

Qué virtudes me reconocen las otras personas

Soy buena madre
 Soy buena esposa
 Soy bonita
 Amable
 Tierna
 Amorosa

Describo lo que siento al :

Decir mis virtudes

Me cuesta decir y ver mis virtudes, es más fácil ver las cosas malas de una.

Cuando las otras me dicen

Me cuesta creer y ver que tengo muchas más de las cualidades que yo me veo.

Cuando le digo a otras Mis virtudes

Temo a que me digan que no soy eso, por eso mismo no las digo en público.

Introyección

Entrevista semi-estructurada

1. ¿Cómo se siente ahora al expresarnos sus sentimientos?

Mejor, por que me doy cuenta ahora de lo que me pasa cuando siento y si bien aun no los expreso todos, me es mucho más facial expresarlos. Ya no estoy tan tímida y he dejado de lado la vergüenza cuando tengo que hablar con mis seres queridos de lo que me pasa. Así que los expreso mucho más y de mejor manera, desde que empecé con el grupo.

2. ¿Es capaz de reconocer sus tensiones corporales cuando se encuentra frente a algún acontecimiento que la perturbe?

A veces, antes ni me daba cuenta de mi cuerpo, nunca lo vi como algo importante. Ahora cuando es mucha la tensión logro darme cuenta de donde esta. Por ejemplo, ya se que tengo mucha tensión en el cuello y los hombros, la que me cuesta que se vaya. Y cuando me doy tiempos para mi, me hago masajes en mis esas partes para relajarme.

3. ¿Hay alguna parte de su cuerpo que frecuentemente le molesta o le duele?, ¿Puede reconocer cuándo le pasa esto?

Los hombros y la cabeza. Luego de cualquier pelea que tengo con mi familia se me vienen los achaques y mis dolores, también cuando paso rabias. Recuerdo que cuando estoy deprimida también me pesa todo el cuerpo, pero ahora ya no me pasa eso tan seguido, y cuando me pasa puedo reconocerlo y controlarlo.

4. ¿Tiene alguna enfermedad hace tiempo como por ejemplo: asma, dolores

musculares, colon irritable, gastritis?

Gastritis, hace más de 15 años y soy hipertensa hace 14.

5. ¿Se da cuenta como mueve-aprieta-tensa alguna parte de su cuerpo en este momento? ¿Puede darle un significado a ese movimiento que está realizando?

Por supuesto, al principio me costaba mucho hacer eso, sobre todo por que no me daba cuenta de mi cuerpo. No le doy ningún significado a esto si, pero si me doy cuenta que cuando estoy tensa, y trato de relajar los la parte de mi cuerpo que esta tensa, me siento mucho mejor. Y como me dijo usted, cuando no lo puedo relajar, que hiciera lo contrario, los tensara más, me doy cuenta que después de eso me relajo. También, esto lo he visto en mi dormir, por que lo hago en la noche, y hago respiración y me cuesta mucho menos dormir y siento que descanso. [Ya no despierto adolorida como me pasaba antes.](#)

6. ¿Cómo ha sido la experiencia de participar en un grupo terapéutico?

Súper buena, me sirvió para salir de la rutina que estaba y de esa jaula que me encontraba. Me ha servido para conocer a gente, para conversar de lo que me pasaba y aprender cosas para mejorar mi depresión y sentirme mejor en el día a día. También empecé a hacer ejercicios y darme tiempo para mi misma, cosa que no hacia antes de estar en el taller. Y ahora también salgo a caminar y me siento mucho más libre.

7. ¿Ha logrado mejorar su sintomatología depresiva?

Si, mucho. Creo que veo la vida de otra manera, soy más tolerante de lo que me pasaba. Antes me echaba a morir al tiro, ahora no me siento así. Antes no quería seguir viviendo, me sentía muy sola, nadie me comprendía. Ahora, si bien aun me siento sola, tengo amigas con las que puedo conversar y antes no tenia, estaba siempre encerrada. Ahora hago actividad, ya no me quedo acostada cuando estoy triste, cuando estoy triste respiro, lloro, saco todas las penas que me aquejan y salgo a alguna parte, me distraigo y las penas si bien no se me quitan, las manejo, las controlo, ya no me ganan.

8. ¿Ha aprendido herramientas para mejorar su depresión?

Si, la respiración, el tensar y relajar, relajarme, botar tensión haciendo actividad física, incluso ahora me doy cuenta de cómo camino y mejoro mi postura. La verdad que eso aprendí y me ha servido a mejorar mi depresión y mis bajones.

9. ¿Ha conocido nuevas personas que le comprendan?

Las compañeras del taller, a mis familiares les cuesta entenderme, incluso cuando estoy triste o algo, me dicen ya va empezar con su depresión, eso igual te bajones más. Pero

con las chiquillas del taller he podido encontrar a personas que me entienden y que yo las entiendo, por que hemos sentido lo mismo. Ahora puedo decir que tengo a dos amigas con las que me junto afuera del taller y nos llamamos.

10. ¿Ha notado alguna diferencia en su estado de ánimo luego de la participación del grupo terapéutico?

Si, me encuentro con mucho más ánimo y con ganas de salir. Disfruto de ver la luna y de escribir. Cosas que había dejado de hacer y que me encantaba hacer. Mis hijos me han dicho que hasta cocino más rico. Sin que ellos sepan las cosas que me han pasado en el taller.

11. ¿Ha percibido algún cambio respecto a la expresión de sentimientos y emociones en su vida cotidiana?

Ahora los expreso, abrazo a mis hijos y a mi marido, con el que había tenido un alejamiento total después de mi operación del interior. Les digo que los quiero, que son importantes para mí. Incluso cuando estoy triste se los digo, pero ya no como lo hacia antes, y ellos también notan cambios, por que me dicen que ya no me quedo en la cama y que salgo mucho.

12. ¿Ha notado cambios importantes en su comportamiento?,¿Cuáles?

Salgo, ya no estoy siempre acostada, converso más, tengo amigas, hablo por teléfono, camino por el parque y salgo al mall. Abrazo a mis hijos y beso a mi marido, y no me acuerdo más, eso son los importantes y que me hacen mirar el mundo con otros ojos.

13 ¿Qué cree que va a pasar ahora, después que acabe el taller?

Ahora tengo amigas con las que me junto, creo que con ellas seguiremos juntándonos, me inscribí para en marzo empezar a estudiar. Tengo más actividades las que me hacen salir de mi casa. Y no estar enjaulada.

Autoevaluación

1. Situación inicial

A. Contexto y situaciones que motivan la terapia

Problemas con los hijos, me los tomaba muy a pecho y sufría mucho.
El alejamiento con mi pareja, después de mi operación.
Que no soy muy comunicativa, y no pregunto nada, tampoco decía nada, solo lloraba.
Por que me costaba aceptarme, tenia menos brillo, después de mi operación.

B. Motivos Internos (biográficos, padecimientos, etc.)

La operación del interior que me hicieron, y no lo habia asumido, puse una barrera entre yo y mi marido. Deje de ser la mujer para ser solo la dueña de casa, la que tenia que hacer las cosas de la casa y tenerle todo listo a mis hijos y marido. Lo que me bajoneaba mucho, por que no le encontraba gusto a la vida, me encontraba en una jaula, tenia mucha pena, por que no era feliz.

C. Cual era el clima emocional que experimentaba, que preocupaciones y conflictos sufría

Pena, soledad, mucha gente alrededor pero igual me sentía sola. Las peleas que tenia con mis hijos, mi preocupación de no ser mujer y no ser feliz.

Cuáles aspectos y roles de mi vida estaban más comprometidos

El más comprometido era y aun es el de la pareja, por que no me sentía mujer, no tocaba a mi marido, lo rechazaba. Ahora, lo toco, lo abrazo, pero aun no hacemos el amor nuevamente, aparte que él solo se preocupa de él. No me satisfacía. Me sentía muy sola, no tenia nadie con quien conversar y contarles mis problemas y las cosas que sentía.

2. Trabajo Terapéutico

Cuales fueron las temáticas que he trabajado en este proceso

Desarrollo personal, a conocer nuestro cuerpo, a conocernos, en nuestra edad, a saber que nos pasaba con nosotras. Aprendí a votar tensiones, nuevamente empecé a imaginar y a sentir cosas que me gusta hacer.

Que cosas he podido aprender para avanzar en mi desarrollo personal

Conversar lo que me pasa, a sentir más las cosas que me gustan y controlar las que no me gustan mucho, como cuando estoy triste.

Nose si aprendí a salir de la casa cuando estoy triste, pero empecé a hacerlo, y darme tiempo para mi, cosa que tenia olvidada.

Que mejoras puedo consignar en mi vivenciar, en mis actitudes, etc.

Ahora converso mucho más, lo que me hace no sentirme tan sola.

Disfruto de abrazar a mis queridos y pedirles mis espacios cuando me siento colapsada, lo hago de una buena manera, no como antes que solo gritaba y lloraba.

Salgo y disfruto mucho más de la vida, ya no me encuentro tan encerrada en la jaula.

Hago más cosas que me gusta hacer.

Ya no tengo la cara de poto como antes, ahora me rio mucho más que antes, lo que me hace sentirme muy bien.

Puedo controlar mis penas, ya no me ganan y me hacen quedarme tirada en la cama todo el día. Lloro arto aún, pero luego salgo, disfruto. Antes solo lloraba y seguía lamentándome en la cama. Ahora no me lamento tanto.

Que aspectos tendría que seguir trabajando en mi vida para afrontar las nuevas etapas y desafios de mi vida

Si bien me empecé a volver a querer, tengo que seguir queriéndome, para que nuevamente no me ganen las penas y mis frustraciones.

Mejorar más mi autoestima, la que tenia muy baja y ahora esta mucho mejor, pero tengo que seguir trabajando eso.

Margarita (sujeto 2)

1¿Hace cuanto tiempo que no lloras?

Hace una semana por muchas cosas, principalmente, por mí, porque me siento cobarde para enfrentar situaciones personales, como en pensar algo y no poder seguir, me da mucha rabia el no poder.

2¿Lloras con facilidad?

Según mi estado anímico, a veces pasa mucho tiempo pero de repente me da toda la pena.

3¿Lloras sola?

Si, lloro sola, por así me salen a relucir todos mis temores y miedos

4¿Te cuesta llorar?

No me gusta llorar, aunque a veces lo necesito para botar las cosas negativas que tengo.

5¿Cuándo fue la última vez que le diste el tiempo a la nada?

Hace mucho tiempo, por siempre estoy pensando en los demás

6¿Puedes no hacer nada?

Me cuesta mucho, estoy muy acostumbrada a estar pendiente de los demás.

7¿Hace cuanto tiempo que no ríes?

Hace mucho tiempo, esa risa que se contagia y es rica para el alma.

8¿Ríes con facilidad?

No siempre, soy más seria, como que estoy siempre pensando en los problemas.

9¿Con quien te ríes?

Me rió con Julio (mi esposo) y mis hijos en el centro de madres donde voy los jueves

10¿Hace cuanto tiempo que no bailas?

La última vez que baile fue cuando se caso mi sobrina, a mi me encanta bailar.

11¿Caminas cotidianamente?

No mucho, más ando en bicicleta, aunque ahora empecé a hacer ejercicios.

12¿Te gusta la actividad física?

Si me gusta mucho, pero hace tiempo que no hago ninguna actividad física.

13¿Qué actividad artística haces, o con que cosa te deleitas...una buena música, un buen libro?

Bueno, tejer a palillos, telar y escuchar música.

14;Hace cuanto tiempo que no miras algo que te guste, mucho, como por ejemplo una puesta de sol?

Solamente cuando voy a la playa me gusta mucho escuchar el canto de los pájaros.

15;Cuándo fue la última vez que tuviste una conversación profunda?,¿Con quien?

Hace más menos un mes, con Julio es la persona que más hablo.

16;Qué cosas te guardas y no has expresado?

Pienso que mis temores, miedos y frustraciones.

17;Cómo te despides de tus seres queridos por la mañana?

Me despido con un beso y les digo que se cuiden, con julio un beso y un abrazo

18;Los tocas?

Con gonzalo normalmente los abrazamos, claudio no siempre, pero cuando lo abrazo lo aprieto, le hago cariño y le digo que lo quiero mucho. Con julio siempre nos abrazamos.

19;Les haces cariño?

Bien los queremos mucho, nos respetamos mucho, a veces con algunos detalles pero solucionamos en el camino.

20;Cómo va el amor?

21;Cómo son tus abrazos?

Pienso que son calidos, cariñosos, me gustaría abrazar, apretar, sentir la energía que no siempre son buenas.

Dinámica rosal

Ese día estaba muy triste y me sentía frustrada sin poder resolver las situaciones que se presentan. Cuando empecé a relajarme, sentía una pena muy grande, rabia; pero de a poco me empecé a sentir bien, tranquila, relajada, siento menos negatividad en mi cuerpo, almo como que empiezas a darte cuenta que no es tan grave la situación que estas pasando y que lo puedes resolver con más tranquilidad y se puede ver otra actitud frente a las situaciones.

¿Qué me pasa cuando estoy deprimida?

Muy triste, sin ganas de hacer nada, me siento frustrada de no poder hacer las cosas que quiero hacer en cuanto a mi persona y a mis proyectos de vida, se siente todo negativo, es como un peso que entra en tu cuerpo tan desagradable.

¿Qué me pasa y me siento cuando estoy alegre?

Feliz, contenta, con otro espíritu de vida. Pienso que todo lo que proyecto se puede realizar con otra energía más positiva y todo lo que me rodea es lindo, me cambia mi cara y ,i forma de ser.

Actividad

Como trato y como quiero que me traten

Cómo quiero que me traten?

Mis familiares	Con más cariño, preocupación y atención.
Mis amigos y vecinos	Me gustaría tener más comunicación con ellos, pero no hablamos mucho.
Mis compañeros	Con más cariño
Mis superiores	No tengo
Mi pareja	Con menos pasión por que me inhibe a mi, me gustaría que me escuchara más y no fuera tan animal.

Los trato así a ellos? Cómo los trato?

Mis familiares	Me preocupo por ellos, les hago cariño, aunque los he dejado de lado un poco, pero los abrazo.
Mis amigos y vecinos	Los trato bien, converso con ellos cosas superficiales, soy cordial.
Mis compañeros	Bien
Mis superiores	No tengo
Mi pareja	Con cariño, le digo que lo amo.

Cómo me trato a mi misma?

Algunas veces me trato bien, me quiero mucho, pero a veces me dejo mucho estar, no hago nada, me siento mal.

Trataría así a un ser muy querido?

Creo que mis seres queridos los trataría bien en lo positivo, cuando estoy en lo negro, no me gusta.

LA ACTITUD POSITIVA

Qué virtudes reconozco en mi ?

Soy buena, honesta, amable,

buena mamá, esposa y
hermana. Soy buena
cosinera, cariñosa, bonita,
tierna.

Qué virtudes me reconocen las otras personas

Atenta, preocupada,
cariñosa, pendiente de los
demás, amable, bondadosa,
respetuosa, buena mujer,
buena amiga.

Describo lo que siento al :

Decir mis virtudes

Me siento muy bien, me agrada ver que tengo virtudes.

Cuando las otras me dicen

Me siento bien, ver que las otras personas me vean con mis virtudes, más que por
mis defectos.

Cuando le digo a otras mis virtudes

Me siento bien, pero igual me da temor, a que me digan que no soy eso.

Entrevista semi-estructurada

1. ¿Cómo se siente ahora al expresarnos sus sentimientos?

Bien, me puedo dar cuenta que antes del taller no podía hablar, hablaba de cosas
superficiales, no me metía en hablar de mis emociones, ni de lo que me pasaba. Con mi
marido en ocasiones lo hacia, pero no era tan clara como ahora, ahora me puedo soltar,

relajar y hablar, me desenvuelvo más abiertamente, me siento más libre. Eso hace que me sienta mucho más tranquila que antes y con más ganas de hablar y de expresar lo que me pasa.

2. ¿Es capaz de reconocer sus tensiones corporales cuando se encuentra frente a algún acontecimiento que la perturbe?

Si, antes solo me sentía mal y no notaba lo importante que es mi cuerpo, como me paró, como respiro. Ahora puedo saber de mi cuerpo, lo siento, y también en ocasiones puedo controlarlo, la respiración me ha ayudado mucho a controlarme en mis bajones, ahora imagino, cosa que hace arto tiempo no hacia. El otro dia tuve un problema con mi marido, y Salí a dar una vuelta por que estaba triste, cuando volvi, me relaje en la cama y me imagina en una playa conversando las cosas con mi marido, eso me dejo muy tranquila y no me eche a morir como lo hacia en otras ocasiones, me pude dar cuenta que mi cuerpo se relajaba y no se encontraba tan tenso.

3. ¿Hay alguna parte de su cuerpo que frecuentemente le molesta o le duele?, ¿Puede reconocer cuándo le pasa esto?

Si, tengo permanentemente dolor de cuello, de espalda y cabeza, la que crece cuando estoy preocupada o molesta. Ahora como nos dijo usted, me toco, me siento y cuando me siento así, yo misma me hago masajes y me trato de relajar esas partes de mi cuerpo. Eso de tensar me ha servido mucho, por que yo misma tenso mis músculos de la espalda y después se me relajan solos, eso me ayudado mucho.

4. ¿Tiene alguna enfermedad hace tiempo como por ejemplo: asma, dolores musculares, colon irritable, gastritis?

No, eso si desde hace mucho tiempo tengo dolores musculares, en mi espalda y los hombros.

5. ¿Se da cuenta como mueve-aprieta-tensa alguna parte de su cuerpo en este momento? ¿Puede darle un significado a ese movimiento que está realizando?

Si, me doy cuenta cuando lo hago concientemente, pero ahora no me doy cuenta que lo haga por algo mecánico. Cuando lo hago, es para relajar esa parte del cuerpo que me tiene tensa. Pero ahora no me doy cuenta que haga nada.

6. ¿Cómo ha sido la experiencia de participar en un grupo terapéutico?

Súper buena, me ha ayudado a darme cuenta de muchas cosas, de cosas que necesitaba darme cuenta y por miedo a hacerlas las dejaba pasar. Me siento mucho mejor de cómo llegue, me siento con más energías y me doy tiempo para gastarlas. Desde que comencé

el taller, como de la tercera sesión que me empecé a dar más tiempo para mi, aparte que con las chiquillas que conocí, lo paso súper bien, ellas me entienden. Me siento más libre, algo paso en mi, en realidad en nosotras, por que todas sentimos algo parecido, necesitábamos darnos cuenta de algunas cosas de nosotras, ahora puedo decir libremente que me doy cuenta que tengo cuerpo, emociones, sentimientos y que existo, no estoy aquí para sufrir, que puedo tomar las riendas de mi vida y no estar como un pajarito, sin saber por que esta. Debo confesar que ahora lo paso mucho más bien, la vida me sonrío.

7. ¿Ha logrado mejorar su sintomatología depresiva?

Si, el ánimo me ha cambiado, la forma de expresarme, ahora las cosas no me afectan tanto, y me doy tiempo para mi, y hacer las cosas que me gustan. Tengo amigas, que antes no tenia, eso también me ha hecho muy bien, estaba muy encerrada en mi casa, preocupada de mis hijos y mi marido, mi vida giraba en torno siempre de ellos, no me daba tiempo para mi, si estaba haciendo algo que me gustara y mi hijo me pedía que le hiciera la cama yo corría a hacérsela, me di cuenta que eso no podía seguir ocurriendo, que debía darle la oportunidad a ellos de crecer también y no depender tanto de mí, eso me ha dado la libertad de darme tiempo para hacer las cosas que me gustan y estar mas feliz. Dándome cuenta que mi familia me ama por lo que soy y no por que les hago sus cosas. En eso me ha ayudado el taller, y creo que en eso me ha ayudado a mejorar mi depresión. Eso si, te aclaro que a veces igual me vienen bajones, pero la diferencia es que ahora no me echo a morir como lo hacia.

8. ¿Ha aprendido herramientas para mejorar su depresión?

Si, nose si esta pregunta se refiere a la respiración, el hacer ejercicios, el disfrutar de la vida, pero creo que eso es lo que más e hecho en el último tiempo. Ahora me doy ánimos y no me hecho a morir, no me hundo como lo hacia antes. Ahora salgo de mi casa, converso lo que me pasa, me quiero y me asumo como soy.

9. ¿Ha conocido nuevas personas que le comprendan?

Si, las compañeras del taller, me es muy grata la compañía de ellas, son buenas personas, las quiero arto. En mi casa también siento que me comprenden mucho más, en realidad veo que la vida me sonrío. Y eso también hace que yo disfrute mucho más con todas las personas, ahora converso, antes me quedaba callada y no me comunicaba.

10. ¿Ha notado alguna diferencia en su estado de ánimo luego de la participación del grupo terapéutico?

Yo me siento más aceptada, más contenta, más relajada, más espontánea, me siento

feliz. Mucho mejor de cuando llegue, es increíble, que el hacer esas actividades me abrió los ojos de muchas cosas, más que estar conversando a solas con la psicóloga. Las tareas para la casa me daban la oportunidad de darme tiempo para mí y me sirvieron para conocerme y darme cuenta que soy una persona que tiene muchas virtudes, que me tengo que respetar y querer, queriéndome primero a mí, voy a poder querer más y mejor a los demás. Me siento mucho más alegre y con ganas de vivir.

11. ¿Ha percibido algún cambio respecto a la expresión de sentimientos y emociones en su vida cotidiana?

Si, ahora expreso mucho más, antes me tragaba todo, ahora hablo, ahora digo las cosas, digo como me siento a los demás. Me siento mejor, me expreso mejor, me vivo mejor. Incluso a mejorado mi comunicación con mi marido, hasta nos hacemos cariños más rico. Ahora volví a sentir, sentir alegrías, sentir placer, sentir lo que siento y no cerrarme a lo que siento.

12. ¿Ha notado cambios importantes en su comportamiento?,¿Cuáles?

Si, muchos, hablo más, me concentro más, disfruto de la vida, hago el amor, abrazo mucho más fuerte a mis hijos y ellos notan que los amo aunque no les haga siempre la cama, y los mime tanto. Ahora si bien los mimo menos, se dan cuenta que lo hago con ganas y no por cumplirles. Igual ha sido algo repentino el dejar de hacerles todo, pero me ha servido a sentirme mejor y darme tiempo. Me doy tiempo, me quiero más, me toco, como saboreando y no solo por comer, bailo, camino y ando en bicicleta, no se en que más he visto un cambio en mi comportamiento.

13 ¿Qué cree que va a pasar ahora, después que acabe el taller?

Espero seguir como estoy, con la nueva margarita que es como fue antes de tener depresión, me seguiré juntando con las chiquillas en la casa de la rosa, nos juntaremos una vez a la semana, seguiré teniendo amigas. Veré algún curso de artesanía, de lo que sea, para seguir movilizando las energías que tengo, como me dijo usted.

voy a seguir queriéndome como lo estoy haciendo, mimándome, y haciéndome cariños. Quiero seguir disfrutando, y no encerrarme en mi misma como antes, creo que ahora me puedo dar cuenta de eso, de las cosas que hacia solo para cumplir y no las disfrutaba tanto, ahora disfruto más.

Autoevaluación

1. Situación inicial

A. Contexto y situaciones que motivan la terapia

Sentía mucha pena, rabia y sentimientos encontrados, la que no me permitían estar tranquila en la vida y me tenían en una profunda depresión. Por eso, fui al medico y me derivaron al psicólogo, después de unas sesiones me enviaron al taller. Me costaba enfrentar las situaciones, no enfrentaba nada y eso me tenía muy frustrada.

B. Motivos Internos (biográficos, padecimientos, etc.)

No se, tengo un problema con mi hijo hiperactivo, él que el tenga eso me tiene muy angustiada, ver que hago cualquier cosa y no veo cambios. Eso me angustia mucho, aun me angustia, pero no tanto como antes, antes me sentía impotente sin fuerzas, ahora enfrente el problema y busco soluciones, eso me tiene más tranquila, ahora no me quedo paralizada.

También, me llevo a ir al medico, mis propios dramas, mis miedos, el no enfrentarlos y sentirme una victima de esta vida que solo jugaba conmigo.

C. Cual era el clima emocional que experimentaba, que preocupaciones y conflictos sufría

Me encontraba muy preocupada, angustiada, nerviosa, por todos mis dramas personales, por que no me atrevía a enfrentarlos, como también por los problemas del Gonzalo (mi hijo) que me hacían sufrir mucho.

Eran solo detalles que no me permitían estar bien, no me permitían estar tranquila, estaba muy mal, angustiada, sufría, me sentía muy mal y lo peor era que siempre me los guardaba solo para mi, eso se acumulaba y me tenía muy mal.

Cuáles aspectos y roles de mi vida estaban más comprometidos

El de mamá era el más comprometido, me sentía mala madre, por que no podía mejorar la vida de mi hijo, estaba muy preocupada por Gonzalo y me sentía muy mal, por no hacer nada. Por eso mismo, dejaba de lado a mi marido, si bien estaba con él, no lo estaba plenamente, estaba con toda mi cabeza puesta en la hiperactividad de Gonzalo, la que me tenía paralizada y solo sufriendo y pasándolo mal.

Desde hace mucho tiempo, había dejado de ser yo misma, ya no era margarita, era cualquier cosa, con un montón de obligaciones, pero no era margarita.

2. Trabajo Terapéutico

Cuales fueron las temáticas que he trabajado en este proceso

Me di cuenta, que trabajamos como estábamos nosotras, fue algo así como volver a conocernos, con eso, trabajamos los detalles de los problemas que estaba pasando. No trabajamos mucho el aspecto de la depresión, pero indirectamente creo que mejoramos nuestro sufrimiento, yo ahora me siento mucho mejor, me conozco más y tengo herramientas, para estar mejor.

Que cosas he podido aprender para avanzar en mi desarrollo personal

He avanzado en un 100% en mi depresión, ahora me doy cuenta cuando estoy en onda negativa, ahora la enfrento y la controlo. Trato de ver las cosas desde otros puntos de vista, por que antes solía verlo desde lo negro y lo malo, eso me hacia echarme a morir. Ahora también, converso lo que me ocurre, he mejorado mi relación con mi familia y no me angustio tanto por el problema de Gonzalo, ahora sufro menos y hago más, ahora me movilizo, ya no me quedo acostada pasándolo mal.

Que mejoras puedo consignar en mi vivenciar, en mis actitudes, etc.

Me siento más abierta, una nueva margarita que esta renaciendo en lo que es comunicación, en ver los problemas desde otros puntos de vistas, con más contacto con mis seres queridos, mejorando mis abrazos, mis besos, parándome derecha, dándome cuenta de mi sensaciones, saber que e lo que hago queriendo y lo que hago solo por hacerlo.

Que aspectos tendría que seguir trabajando en mi vida para afrontar las nuevas etapas y desafíos de mi vida

Seguir trabajando mi desarrollo persona, la autoestima.
Procesos de la vida que no me he permitido vivir, y vivir la vida más a fondo.
No preocuparme tanto por los problemas de lo demás y preocuparme más de mí.

Beatriz (sujeto 3)

1¿Hace cuanto tiempo que no lloras?

Hace dos días

2¿Lloras con facilidad?

Con bastante facilidad

3¿Lloras sola?

Siempre lo hago cuando estoy sola, no me gusta que me vean llorar, o que me pregunten que sucede.

4¿Te cuesta llorar?

No me cuesta nada llorar

5¿Cuándo fue la última vez que le diste el tiempo a la nada?

Creo que hace un mes

6¿Puedes no hacer nada?

Si, sobre todo cuando me encuentro con crisis depresiva, no siento ganas de hacer nada.

7¿Hace cuanto que no ríes?

Ahora me encuentro más animada, así que rió un poco más

8¿Ríes con facilidad?

No, me cuesta un poco, tengo que estar muy bien para poder hacerlo.

9¿Con quien te ríes?

Con mis hijos, y con las personas que frecuento en las actividades que realizo cuando me encuentro sin crisis.

10¿Hace cuanto tiempo que no bailas?

Hace más de un año, de principios de noviembre de 2006

11¿Caminas cotidianamente?

Todos los días y bastante.

12¿Te gusta la actividad física?

Si mucho, pero no tengo los medios económicos para ir a un gimnasio.

13¿Qué actividad artística haces, o con que cosa te deleitas...una buena música, un buen libro?

No realizo ninguna actividad artística, me gusta la buena música, y si me encuentro muy bien leo, también me gusta recordar buenos momentos.

14¿Hace cuanto tiempo que no miras algo que te guste, mucho, como por ejemplo una puesta de sol?

Doy gracias a dios que tengo la oportunidad de ir de vacaciones y hacer lo que me gusta, como ver una puesta de sol.

15¿Cuándo fue la última vez que tuviste una conversación profunda?,¿Con quien?

Conersar...Hace mucho tiempo que no lo hago, me gustaría volver hacerlo, me encanta.

16¿Qué cosas te guardas y no has expresado?

Bastantes, mis problemas, mis miedos, frustraciones...no las puedo expresar

17¿Cómo te despides de tus seres queridos por la mañana?

Con besos y deseos de éxito

18¿Los tocas?

Los abrazo muy apretado

19¿Les haces cariño?

A los mayores y a los menores

20¿Cómo va el amor?

Mal, muy mal

21¿Cómo son tus abrazos?

Muy fuerte y apretado.

Dinámica de la rosa

El rosal estaba ubicado en un jardín, rodeado de pasto. Al fondo un ventanal muy grande, en forma de semi-círculo redondo de más matas pequeñas de rosales.

Todo era muy colorido, muy alegre y placentero, casi podría decirse que para mí eso era el cielo.

Con el cambio de temporada sentí que eran mis momentos de oscuridad, al ver al rosal tan seco, sin vida.

Tenia muchas espinas, que más nada pienso que era mi método de defensa, para defenderme de quien quiere hacerme daño.

Como trato y como quiero que me traten

Cómo quiero que me traten?

Mis familiares	Con respeto, cariño, paciencia, que me comprendan y me hagan sentir bien.
Mis amigos y vecinos	Con respeto
Mis compañeros	Con afecto, respeto.
Mis superiores	No tengo
Mi pareja	Con respeto, amor, paciencia, pasión y mucha fidelidad.

Los trato así a ellos? Cómo los trato?

Mis familiares	A veces, respeto sus espacios, algunas veces soy autoritaria, pero la mayoría los trato con cariño. Eso si, tengo mejor tratos con unos y peor con otros.
Mis amigos y vecinos	Si, soy muy respetuosa con mis vecinos.
Mis compañeros	Si, con afecto.
Mis superiores	No tengo
Mi pareja	No tengo, me fue infiel, se fue.

Cómo me trato a mi misma?

Ahora mejor, con más respeto y queriéndome un poco más.

Trataría así a un ser muy querido?

A veces, por que en ocasiones me trato muy mal, me da mucha rabia conmigo misma, y en ese ámbito no los trataría así, por que **a veces me trato muy mal y no quiero tratar así a mis queridos.**

LA ACTITUD POSITIVA

Qué virtudes reconozco en mi ?

Solidaria, buena amiga, luchadora, buena madre, con ganas de superarse, siempre estoy dispuesta a aprender.

Qué virtudes me reconocen las otras personas

Luchadora, buena amiga,
amable, que soy linda, que
soy jugada, sincera, tierna.

Describo lo que siento al :

Decir mis virtudes

Me siento muy bien, animada, con mayor autoestima.

Cuando las otras me dicen

Me siento alegre, me gusta saber que la gente ve esas cosas positivas en mí.

Cuando le digo a otras Mis virtudes

Igual existe el temor que te digan que no eres lo que dices, pero lo importante es tener uno claro eso.

Escáner de la expresión

1. ¿Cómo se siente ahora al expresarnos sus sentimientos?

Bien, si bien antes lo hacía, ahora creo que los expreso pero de una manera más comprensiva, por que muchas veces solía decirlos y de mala manera en donde dañaba a los demás, pero creo que ahora los expreso de una manera más buena. Y cuando puedo decir lo que siento, me siento muy bien.

2. ¿Es capaz de reconocer sus tensiones corporales cuando se encuentra frente a algún acontecimiento que la perturbe?

Si, me contracturo, se me pone un cototo en la nuca muy doloroso, en pecho lo siento como si un globo se me inflara y que me lo aplasta, lo que me hace que me sienta pésimo y que en ocasionas no lo pueda controlar.

3. ¿Hay alguna parte de su cuerpo que frecuentemente le molesta o le duele?, ¿Puede reconocer cuándo le pasa esto?

Si, suelo tener siempre tenso los hombros, las rodillas, la cabeza, y también me puedo dar cuenta que mientras me encuentro más pensionada o estresada los siento más

apretados.

4. ¿Tiene alguna enfermedad hace tiempo como por ejemplo: asma, dolores musculares, colon irritable, gastritis?

No, soy relativamente sana, a veces tengo diarreas, pero nada más. Y por supuesto esta depresión que me aqueja.

5. ¿Se da cuenta como mueve-aprieta-tensa alguna parte de su cuerpo en este momento? ¿Puede darle un significado a ese movimiento que está realizando?

Si me doy cuenta de cuando lo hago, pero en este momento no estoy tensando nada. Y cuando lo hago ahora, es para relajarme, pero lo hago conciente, dándome cuenta del lugar que tenso y relajo.

6. ¿Cómo ha sido la experiencia de participar en un grupo terapéutico?

Buena, lo mejor es que conocí a unas personas muy lindas, con las que me pude reflejar en lo que a veces me pasa, cuando estoy deprimida. Ellas son unas grandes amigas mías. Aparte creo que en este grupo sentí más empatía con las personas y me abrí mucho más a hablar de mis cosas. Las actividades me motivaron mucho, me sentí muy cómoda trabajando con pocas personas. Nuestro grupo me hizo sentir muy cómoda y creo que lo aproveche mucho más que en el que estuve hace como 3 años, por que ahí éramos muchos y la psicologa más que nada nos hacia como clases.

7. ¿Ha logrado mejorar su sintomatología depresiva?

En parte, la verdad que a veces igual me siento bien bajoneada, pero creo que me puedo dar cuenta de lo que me ocurre, eso no me pasaba antes. Lo que más bien me hace es escribir lo que me pasa y de esa manera boto mis penas y me siento mucho mejor. Me doy cuenta para irme ayudando.

8. ¿Ha aprendido herramientas para mejorar su depresión?

Si, a escribir lo que me pasa, a tensar y relajar, a hacer más de las cosas que me gusta, como pintar, también respiro y trato de **darle cuenta de mi respiración cuando estoy con angustia, me hace sentir muy bien eso**. Eso, lo de la postura corporal no la he cambiado, pero reconozco que me di cuenta cuando realizamos la actividad, que tengo una postura que hace que respire poco, y que me angustie más fácilmente.

9. ¿Ha conocido nuevas personas que le comprendan?

Si, como te decía antes, mis compañeras son muy buenas, si bien tienen cosas que no comprendo muy bien, creo que me comprenden en mi depresión y yo a ellas. Y cuando hablamos, **nos damos cuenta de lo bien que nos ha hecho este taller, por que nos**

moviliza, nos saca de la rutina.

10. ¿Ha notado alguna diferencia en su estado de ánimo luego de la participación del grupo terapéutico?

Si, me siento mejor, mi autoestima esta más alta, tengo mucha más ganas de hacer cosas, me siento más animada.

11. ¿Ha percibido algún cambio respecto a la expresión de sentimientos y emociones en su vida cotidiana?

Si, en relación a mis hijos, ahora hablo mucho más con mi hija que no podía ver, no se que me pasa con ella que me es muy difícil acocarme a ella, pero hace como un mes que le hablo, hasta la abrazo. Cuando estoy mal, me controlo y no les grito, cuando me siento así, escribo.

12. ¿Ha notado cambios importantes en su comportamiento?,¿Cuáles?

Si, en mis actitudes con mis hijos, ya no grito tanto, estoy mas relajada, incluso deje mis pastillas, y no las he necesitado para dormir. Puedo conversar más con mi niña, eso me tiene contenta, la tolero mucho más. Ya cuando cocino, no le echo dos o tres veces sal al almuerzo o me confundo de los ingredientes, de alguna u otra manera tengo mejor memoria y estoy mas atenta a lo que hago. La verdad que ya no hago solo las cosas por cumplir.

13 ¿Qué cree que va a pasar ahora, después que acabe el taller?

Creo que me seguiré manteniendo activa, eso me hace sentir mucho mejor, la idea es que no vuelva a mi vida de estar encerrada y haciendo las cosas solo por hacerlas, creo que eso me ayudara a no caer en la depresión. Ojala no me vuelva a pasar, aunque si me pasa, creo que podré controlarla más. O tendré herramientas que me servirán para ayudarme a mi misma.

Autoevaluación

1. Situación inicial

A. Contexto y situaciones que motivan la terapia

Depresión, tenia malestares físicos, me encontraba constantemente con pena, la primera vez que asiste mi madre había muerto y la segunda mi pareja me había sido infiel, lo que me tenía sumida en una pena muy grande, me sentía fea, tonta, absurda, gorda. No me quería, no me estaba alimentando bien, a veces comía

mucho y otras veces no comía nada, y mi sueño, me costaba quedarme dormida y en las mañanas no me quería levantar, eso me tenía muy mal. Con pena, mucha pena. Y quería que alguien hiciera magia y me sacara eso que sentía ya que lo único que quería era morirme.

B. Motivos Internos (biográficos, padecimientos, etc.)

Me acuerdo que mi madre me decía que desde pequeña fui como depresiva, mi vida no me daba grandes gratificaciones, aunque eso no me llevo a consultar, yo podía vivir así. Lo que me llevo a consultar fue la muerte de mi madre, la separación de mi ex marido, eso fue lo que me llevo a mi depresión. Antes podía seguir viviendo y no necesitaba ayuda.

C. cual era el clima emocional que experimentaba, que preocupaciones y conflictos sufría

Pena, angustia, no quería hacer nada, la verdad que si tenía ganas de algo, de estar muerta, de desaparecer y no estar con nadie. Estar sola y sin nadie más, por que todos los que me preguntabas cosas, lo único que hacían era hundirme mucho más, pero por otro lado, necesitaba que alguien me acompañara en eso, pero no había nadie y yo no dejaba que nadie me ayudara.

Cuáles aspectos y roles de mi vida estaban más comprometidos

Siempre ha sido el de madre, por que deje de lado a mis hijos. El de pareja lo tengo dejado de lado, por que no tengo a nadie.

2. Trabajo Terapéutico

Cuales fueron las temáticas que he trabajado en este proceso

Creo que lo que más trabajamos fue el yo, a mi misma, la persona. Más que nuestra enfermedad, a ver las cosas buenas de nosotras, a conocernos en nuestras cualidades más que en nuestros defectos, la verdad que me costo eso, pero me di cuenta que tengo muchas virtudes y que detrás de un defecto puedo tener algo positivo. También el como sacar las penas, las malas vibras, lo que nos tira para abajo, a movilizar esas energías que nos ponen mal, en el trabajo con el cuerpo.

Que cosas he podido aprender para avanzar en mi desarrollo personal

Conocerme, si bien no me conocí completamente, me di cuenta de muchas cosas que me afectan, como las que me agradan. Disfruto de las cosas mínimas como echarme en la cama y no hacer nada, que rico eso. Me doy tiempo para mí. La relajación también es buena, me sirve para sentirme mucho mejor.

Que mejoras puedo consignar en mi vivenciar, en mis actitudes, etc.

Converso con mis amigas, tengo a alguien con quien compartir mis cosas, ellas me hacen verme reflejadas y me ayudan a seguir adelante. Las quiero mucho, en este tiempo conocí lindas personas que me brindan su amistad sin prejuicios.

Converso con mis hijos también, me agrada abrazarlos y darles un beso cuando se van al colegio, eso me agrada mucho y no lo hacia, también noto que a ellos les guste eso, me ven más cercana, no la vieja gritona y llorona.

Me doy tiempo para mí, para hacer las cosas que me gustan, antes no tenia plata para ir al gimnasio, ahora tampoco, pero me metí a aprender danza árabe, eso me gustó, por que era algo que quería hacer y no me lo permitía, por plata, pero en la municipalidad daban el curso gratis, así que ahora voy dos veces a la semana a bailar.

Algo que me costaba, ahora rió mucho más, no estoy tan amargada.

Que aspectos tendría que seguir trabajando en mi vida para afrontar las nuevas etapas y desafíos de mi vida

Mi miedo a volver a amar y que me traicionen, me engañen y me rompan el corazón como lo hizo mi ex marido.

También, ha seguir mejorando la relación con mis hijos, para poder comprenderlos y quererlos aun más.

Anexo 4 Cuadro Análisis del discurso

Análisis del discurso sujeto 1			
Categoría	Tópico	Antes del grupo	En el transcurso y fin del grupo
1. Darse cuenta	1.1 Sentimientos	...ando muy sensible... soy una persona amargada...	Mejor, por que me doy cuenta ahora de lo que me pasa cuando siento y si bien aun no los expreso todos, me es mucho más facial expresarlos
	1.6 Emociones	Antes me echaba a morir al tiro, Problemas con los hijos, me los tomaba muy a pecho y sufría mucho. Lo que me bajoneaba mucho, por que no le encontraba gusto a la vida, me encontraba en una jaula, tenia mucha pena, por que no era feliz.	Ya no estoy tan tímida y he dejado de lado la vergüenza cuando tengo que hablar con mis seres queridos de lo que me pasa
	1.7 Conductas	por que me siento mal con mi propio trato, hace que sienta muy mal	Salgo, ya no estoy siempre acostada, converso más, tengo amigas, hablo por teléfono, camino por el parque y salgo al mall Lloro arto aún, pero luego salgo

	<p>1.8 Pensamientos</p>	<p>Me cuesta decir y ver mis virtudes, es más fácil ver las cosas malas de una.</p> <p>Me cuesta creer y ver que tengo muchas más de las cualidades que yo me veo.</p> <p>...no quería seguir viviendo, me sentía muy sola, nadie me comprendía</p>	
	<p>1.5 Cuerpo</p>	<p>cuando estoy deprimida también me pesa todo el cuerpo,</p> <p>sobre todo por que no me daba cuenta de mi cuerpo</p>	<p>A veces, antes ni me daba cuenta de mi cuerpo, nunca lo vi como algo importante. Ahora cuando es mucha la tensión logro darme cuenta de donde esta</p> <p>pero si me doy cuenta que cuando estoy tensa, y trato de relajar los la parte de mi cuerpo que esta tensa, me siento mucho mejor.</p> <p>Ya no despierto adolorida como me pasaba antes</p> <p>ahora me doy cuenta de cómo camino y mejoro mi</p>

			postura
2. Contacto	2.3 Consigo misma		<p>Conversar lo que me pasa, a sentir más las cosas que me gustan</p> <p>Ahora converso mucho más, lo que me hace no sentirme tan sola.</p> <p>Disfruto de abrazar a mis queridos y pedirles mis espacios cuando me siento colapsada</p>
	Con otros	<p>Con un beso o les digo chao, por que así es como expreso lo que siento cuando me despido</p> <p>Débiles, aun cuando a las personas que quiero los abrazo fuertes...</p> <p>no tengo mucho contacto con ellos, en realidad no tengo contactos fuera de mi casa</p> <p>Con tolerancia, respeto y amor. Pero cuando el</p>	<p>Abrazo a mis hijos y beso a mi marido</p> <p>Ahora los expreso, abrazo a mis hijos y a mi marido</p> <p>Les digo que los quiero, que son importantes para mí</p> <p>El más comprometido era y aun es el de la pareja, por que no me sentía mujer, no tocaba a mi marido, lo rechazaba. Ahora, lo toco, lo abrazo</p>

		<p>me busca, lo rechazo, y que digo cosas no muy buenas, lo hago sentir mal y eso también me hace sentir mal a mi</p> <p>Que no soy muy comunicativa, y no pregunto nada, tampoco decía nada, solo lloraba.</p> <p>mucha gente alrededor pero igual me sentía sola</p> <p>Me sentía muy sola, no tenía nadie con quien conversar y contarles mis problemas y las cosas que sentía.</p>	
<p>3. Movilización energética</p>	<p>3.1 Reconocimiento</p> <p>Sensaciones corporales</p>		<p>A veces, antes ni me daba cuenta de mi cuerpo, nunca lo vi como algo importante. Ahora cuando es mucha la tensión logro darme cuenta de donde esta</p> <p>ya se que tengo mucha tensión en el cuello y los hombros, la que me cuesta</p>

		<p>que se vaya. Y cuando me doy tiempos para mí, me hago masajes en mis esas partes para relajarme</p> <p>(el cuerpo...)cuando me pasa puedo reconocerlo y controlarlo</p>
3.2 Actividad física	<p>...no salgo para ninguna parte, ya que a mi marido no le gusta salir...</p>	<p>También empecé a hacer ejercicios y darme tiempo para mí misma ahora también salgo a caminar y me siento mucho más libre por que me dicen que ya no me quedo en la cama y que salgo mucho Tengo más actividades las que me hacen salir de mi casa. Y no estar enjaulada.</p>
3.3 Expresión de sentimientos, emociones, pensamientos.	<p>Con respeto y cariño, pero a veces los trato mal por que me aburren.</p> <p>por que me siento mal con mi propio trato, hace que sienta muy mal</p>	<p>Mejor, por que me doy cuenta ahora de lo que me pasa cuando siento y si bien aun no los expreso todos, me es mucho más fácil expresarlos</p> <p>Así que los expreso mucho más y de mejor manera, desde que empecé con el grupo.</p> <p>Ahora hago actividad, ya no me quedo acostada cuando estoy triste, cuando estoy triste respiro, lloro, saco todas las penas que me aquejan y salgo a</p>

			<p>alguna parte, me distraigo y las penas si bien no se me quitan, las manejo, las controlo, ya no me ganan</p> <p>me encuentro con mucho más ánimo y con ganas de salir. Disfruto de ver la luna y de escribir. Cosas que había dejado de hacer y que me encantaba hacer</p>
4. Defensas	4.1 Desensibilización	Lo que me bajoneaba mucho, por que no le encontraba gusto a la vida, me encontraba en una jaula, tenia mucha pena, por que no era feliz.	
	4.7 Proyección		
	4.8 Introyección	Temo a que me digan que no soy eso, por eso mismo no las digo en público.	
	4.9 Retroflexión	<p>Mis problemas, por que no me gusta expresar lo que siento</p> <p>Los hombros y la cabeza. Luego de cualquier pelea que tengo con mi</p>	<p>por que me dicen que ya no me quedo en la cama y que salgo mucho</p> <p>Tengo más actividades las que me hacen salir de mi casa. Y no estar enjaulada. Aprendí a votar tensiones, nuevamente empecé a</p>

		<p>familia se me vienen los achaques y mis dolores, también cuando paso rabias</p> <p>Gastritis, hace más de 15 años y soy hipertensa hace 14.</p>	<p>imaginar y a sentir cosas que me gusta hacer.</p>
	4.10 Deflexión		
	4.6 Confluencia		
Auto evaluación	1. De su procesos terapéutico grupal	<p>Por que me costaba aceptarme, tenia menos brillo, después de mi operación</p>	<p>Aprendí a votar tensiones, nuevamente empecé a imaginar y a sentir cosas que me gusta hacer. Hago más cosas que me gusta hacer.</p>

Análisis del discurso sujeto 2			
Categoría	Tópico	Antes del grupo	En el transcurso y fin del grupo
1. Darse cuenta	1.1 Sentimientos	Sentía mucha pena, rabia y sentimientos encontrados, la que no me permitían estar tranquila en la vida y me tenían en una profunda depresión.	me doy cuenta que tengo cuerpo, emociones, sentimientos yo ahora me siento mucho mejor, me conozco más y tengo herramientas, para estar mejor
	1.9 Emociones	antes me sentía impotente sin fuerzas Me encontraba muy preocupada, angustiada, nerviosa, por todos mis dramas personales, por que no me atrevía a enfrentarlos	me doy cuenta que tengo cuerpo, emociones, sentimientos Dándome cuenta que mi familia me ama por lo que soy y no por que les hago sus cosas. Me siento mucho más alegre y con ganas de vivir
	1.10 Conductas	Si, lloro sola, por así me salen a relucir todos mis temores y miedos Me costaba enfrentar las situaciones, no enfrentaba nada y eso me tenía muy frustrada. la que me tenía paralizada y solo sufriendo y pasándolo mal	me ha dado la libertad de darme tiempo para hacer las cosas que me gustan y estar mas feliz ahora no me echo a morir como lo hacia Ahora me doy ánimos y no me hecho a morir, no me hundo como lo hacia antes.

		<p>Ahora salgo de mi casa, converso lo que me pasa, me quiero y me asumo como soy.</p> <p>Me doy tiempo, me quiero más</p> <p>Creo que ahora me puedo dar cuenta de eso, de las cosas que hacia solo para cumplir y no las disfrutaba tanto, ahora disfruto más.</p>
	1.11 Pensamientos	<p>siento cobarde para enfrentar situaciones personales, como en pensar algo y no poder seguir, me da mucha rabia el no poder.</p> <p>Siempre estoy pensando en los demás</p>
	1.5 Cuerpo	<p>antes solo me sentía mal y no notaba lo importante que es mi cuerpo, como me paró, como respiro</p>
		<p>me doy cuenta que tengo cuerpo, emociones, sentimientos</p> <p>He avanzado en un 100% en mi depresión, ahora me doy cuenta cuando estoy en onda negativa, ahora la enfrento y la controlo</p> <p>Cuando empecé a relajarme, sentía una pena muy grande, rabia; pero de a poco me empecé a sentir bien, tranquila, relajada, siento menos negatividad en mi cuerpo</p>

			<p>Ahora puedo saber de mi cuerpo, lo siento, y también en ocasiones puedo controlarlo, la respiración me ha ayudado mucho a controlarme en mis bajones, ahora imagino, cosa que hace arto tiempo no hacia</p> <p>yo misma tenso mis músculos de la espalda y después se me relajan solos, eso me ayudado mucho</p> <p>me doy cuenta que tengo cuerpo, emociones, sentimientos</p>
2. Contacto	2.4 Consigo misma	me gusta mucho escuchar el canto de los pájaros	<p>me toco, me siento y cuando me siento así, yo misma me hago masajes y me trato de relajar esas partes de mi cuerpo</p> <p>de la tercera sesión que me empecé a dar más tiempo para mi</p> <p>me toco, como saboreando y no solo por comer, bailo, camino y ando en bicicleta</p>
	Con otros	Me despido con un beso y les digo que se cuiden, con	Bien, me puedo dar cuenta que antes del

		<p>julio un beso y un abrazo</p> <p>Con gonzalo normalmente los abrazamos, claudio no siempre, pero cuando lo abrazo lo aprieto, le hago cariño y le digo que lo quiero mucho. Con julio siempre nos abrazamos.</p> <p>Pienso que son calidos, cariñosos, me gustaría abrazar, apretar, sentir la energía que no siempre son buenas</p> <p>me gustaría que me escuchara más</p> <p>Algunas veces me trato bien, me quiero mucho, pero a veces me dejo mucho estar, no hago nada, me siento mal.</p>	<p>taller no podía hablar, hablaba de cosas superficiales, no me metía en hablar de mis emociones, ni de lo que me pasaba</p> <p>ahora converso, antes me quedaba callada y no me comunicaba</p> <p>ahora expreso mucho más, antes me tragaba todo, ahora hablo, ahora digo las cosas, digo como me siento a los demás</p> <p>hablo más, me concentro más, disfruto de la vida, hago el amor, abrazo mucho más fuerte a mis hijos</p> <p>voy a seguir queriéndome como lo estoy haciendo, mimándome, y haciéndome cariños</p> <p>Ahora también, converso lo que me ocurre, he mejorado mi relación con mi familia</p> <p>con más contacto con mis seres queridos, mejorando mis abrazos, mis besos, parándome derecha</p>
--	--	---	---

<p>3. Movilización energética</p>	<p>3.1 Reconocimiento</p> <p>Sensaciones corporales</p>	<p>me siento frustrada de no poder hacer las cosas que quiero hacer en cuanto a mi persona y a mis proyectos de vida, se siente todo negativo, es como un peso que entra en tu cuerpo tan desagradable</p> <p>Algunas veces me trato bien, me quiero mucho, pero a veces me dejo mucho estar, no hago nada, me siento mal.</p>	<p>ahora me puedo soltar, relajar y hablar, me desenvuelvo más abiertamente, me siento más libre</p> <p>Ahora puedo saber de mi cuerpo, lo siento, y también en ocasiones puedo controlarlo, la respiración me ha ayudado mucho a controlarme en mis bajones, ahora imagino, cosa que hace arto tiempo no hacia</p> <p>me doy cuenta cuando lo hago concientemente, pero ahora no me doy cuenta que lo haga por algo mecánico</p> <p>hablo más, me concentro más, disfruto de la vida, hago el amor, abrazo mucho más fuerte a mis hijos</p> <p>Me siento mucho mejor de cómo llegue, me siento con más energías y me doy tiempo para gastarlas</p> <p>dándome cuenta de mi sensaciones, saber que e lo que hago</p>
--	---	--	--

			queriendo y lo que hago solo por hacerlo.
	3.2 Actividad física	<p>La última vez que baile fue cuando se caso mi sobrina, a mi me encanta bailar.</p> <p>más ando en bicicleta, aunque ahora empecé a hacer ejercicios</p> <p>hace tiempo que no hago ninguna actividad física.</p>	<p>Salí a dar una vuelta por que estaba triste, cuando volvi, me relaje en la cama y me imagina en una playa conversando las cosas con mi marido</p> <p>Veré algún curso de artesanía, de lo que sea, para seguir movilizando las energías que tengo, como me dijo usted</p> <p>ahora sufro menos y hago más, ahora me movilizo, ya no me quedo acostada pasándolo mal.</p>
	3.3 Expresión de sentimientos, emociones, pensamientos.	<p>Si, lloro sola, por así me salen a relucir todos mis temores y miedos</p> <p>No me gusta llorar, aunque a veces lo necesito para botar las cosas negativas que tengo.</p>	<p>el ánimo me ha cambiado, la forma de expresarme, ahora las cosas no me afectan tanto, y me doy tiempo para mi, y hacer las cosas que me gustan</p> <p>Ahora salgo de mi casa, converso lo que me pasa, me quiero y me asumo como soy</p> <p>Me siento mejor, me expreso mejor, me vivo mejor</p>

4. Defensas	4.2 Desensibilización	me siento frustrada de no poder hacer las cosas que quiero hacer en cuanto a mi persona y a mis proyectos de vida, se siente todo negativo, es como un peso que entra en tu cuerpo tan desagradable	<p>Cuando empecé a relajarme, sentía una pena muy grande, rabia; pero de a poco me empecé a sentir bien, tranquila, relajada, siento menos negatividad en mi cuerpo</p> <p>Ahora volví a sentir, sentir alegrías, sentir placer, sentir lo que siento y no cerrarme a lo que siento.</p> <p>Trato de ver las cosas desde otros puntos de vista, por que antes solía verlo desde lo negro y lo malo, eso me hacia echarme a morir</p>
	4.11 Proyección		
	4.12 Introyección	<p>Me siento bien, pero igual me da temor, a que me digan que no soy eso.</p> <p>mis propios dramas, mis miedos, el no enfrentarlos y sentirme una victima de esta vida que solo jugaba conmigo</p>	Yo me siento más aceptada, más contenta, más relajada, más espontánea, me siento feliz.
	4.13 Retroflexión	Si, tengo permanentemente dolor de cuello, de espalda y cabeza, la que crece cuando estoy preocupada o molesta desde hace mucho tiempo	yo misma tenso mis músculos de la espalda y después se me relajan solos, eso me ayudado mucho la respiración, el

		tengo dolores musculares, en mi espalda y los hombros. Eran solo detalles que no me permitían estar bien, no me permitían estar tranquila, estaba muy mal, angustiada, sufría, me sentía muy mal y lo peor era que siempre me los guardaba solo para mi, eso se acumulaba y me tenia muy mal	hacer ejercicios, el disfrutar de la vida, pero creo que eso es lo que más e hecho en el último tiempo
	4.14 Deflexión		
	4.6 Confluencia		
Auto evaluación	1. De su procesos terapéutico grupal	Las tareas para la casa me daban la oportunidad de darme tiempo para mi y me sirvieron para conocerme y darme cuenta que soy una persona que tiene muchas virtudes, que me tengo que respetar y querer, queriéndome primero a mí, voy a poder querer más y mejor a los demás Desde hace mucho tiempo, había dejado de ser yo misma, ya no era margarita, era cualquier cosa, con un montón de obligaciones, pero no era margarita.	Cuando empecé a relajarme, sentía una pena muy grande, rabia; pero de a poco me empecé a sentir bien, tranquila, relajada, siento menos negatividad en mi cuerpo Salí a dar una vuelta por que estaba triste, cuando volvi, me relaje en la cama y me imagina en una playa conversando las cosas con mi marido de la tercera sesión que me empecé a dar más tiempo para mi puedo tomar las riendas de mi vida y no estar como un pajarito, sin saber por

			<p>que esta. Debo confesar que ahora lo paso mucho más bien, la vida me sonríe la respiración, el hacer ejercicios, el disfrutar de la vida, pero creo que eso es lo que más e hecho en el último tiempo</p> <p>Yo me siento más aceptada, más contenta, más relajada, más espontánea, me siento feliz.</p>

Análisis del discurso sujeto 3			
Categoría	Tópico	Antes del grupo	En el transcurso y fin del grupo
1. Darse cuenta	1.1 Sentimientos		Ahora mejor, con más respeto y queriéndome un poco más.
	1.12 Emociones	Pena, angustia, no quería hacer nada, la verdad que si tenía ganas de algo, de estar muerta, de desaparecer y no estar con nadie	Ahora me encuentro más animada, así que rió un poco más la verdad que a veces igual me siento bien bajoneada, pero creo que me puedo dar cuenta de lo que me ocurre, eso

		<p>no me pasaba antes</p> <p>Conocerme, si bien no me conocí completamente, me di cuenta de muchas cosas que me afectan, como las que me agradan</p>
1.13 Conductas	<p>No realizo ninguna actividad artística, me gusta la buena música, y si me encuentro muy bien leo</p> <p>a veces me trato muy mal y no quiero tratar así a mis queridos</p>	<p>darle cuenta de mi respiración cuando estoy con angustia, me hace sentir muy bien eso</p> <p>en mis actitudes con mis hijos, ya no grito tanto, estoy mas relajada, incluso deje mis pastillas, y no las he necesitado para dormir</p> <p>La verdad que ya no hago solo las cosas por cumplir.</p> <p>Algo que me costaba, ahora rió mucho más, no estoy tan amargada.</p>
1.14 Pensamientos	<p>me sentía fea, tonta, absurda, gorda</p>	

		quería que alguien hiciera magia y me sacara eso que sentía ya que lo único que quería era morirme	
	1.5 Cuerpo		pero reconozco que me di cuenta cuando realizamos la actividad, que tengo una postura que hace que respire poco, y que me angustie más fácilmente Algo que me costaba, ahora rió mucho más, no estoy tan amargada.
2. Contacto	2.5 Consigo misma	Estar sola y sin nadie más necesitaba que alguien me acompañara en eso, pero no había nadie y yo no dejaba que nadie me ayudara	Y cuando puedo decir lo que siento, me siento muy bien. Me doy tiempo para mí.
	Con otros	Conersar...Hace mucho tiempo que no lo hago, me gustaría volver hacerlo, me encanta Los abrazo muy apretado	ahora hablo mucho más con mi hija que no podía ver pero hace como un mes que le hablo, hasta la abrazo Puedo conversar más con mi niña, eso me tiene

			<p>contenta, la tolero mucho más.</p> <p>Converso con mis amigas, tengo a alguien con quien compartir mis cosas</p> <p>Converso con mis hijos también, me agrada abrazarlos y darles un beso cuando se van al colegio, eso me agrada mucho y no lo hacia, también noto que a ellos les gusta eso, me ven más cercana, no la vieja gritona y llorona</p>
3. Movilización energética	3.1 Reconocimiento		<p>También el como sacar las penas, las malas vibras, lo que nos tira para abajo, a movilizar esas energías que nos ponen mal, en el trabajo con el cuerpo.</p> <p>La relajación también es buena, me sirve para sentirme mucho mejor.</p>
	Sensaciones corporales		
	3.2 Actividad física		<p>Me siento mejor, mi autoestima esta más alta, tengo</p>

			<p>mucha más ganas de hacer cosas, me siento más animada</p> <p>me metí a aprender danza árabe, eso me gustó, por que era algo que quería hacer y no me lo permitía</p>
	<p>3.3 Expresión de sentimientos, emociones, pensamientos.</p>	<p>Bastantes, mis problemas, mis miedos, frustraciones...no las puedo expresar</p> <p>a veces me trato muy mal y no quiero tratar así a mis queridos</p>	<p>ahora creo que los expreso pero de una manera más comprensiva, por que muchas veces solía decirlos y de mala manera en donde dañaba a los demás</p> <p>Y cuando puedo decir lo que siento, me siento muy bien.</p> <p>Aparte creo que en este grupo sentí más empatía con las personas y me abrí mucho más a hablar de mis cosas</p> <p>Lo que más bien me hace es escribir lo que me pasa y de esa</p>

			<p>manera boto mis penas y me siento mucho mejor escribir lo que me pasa, a tensar y relajar, a hacer más de las cosas que me gusta, como pintar, también respiro</p> <p>Cuando estoy mal, me controlo y no les grito, cuando me siento así, escribo.</p>
4. Defensas	4.3 Desensibilización	no siento ganas de hacer nada	me siento mejor, mi autoestima esta más alta, tengo mucha más ganas de hacer cosas, me siento más animada
	4.15 Proyección		
	4.16 Introyección	<p>Igual existe el temor que te digan que no eres lo que dices</p> <p>Me acuerdo que mi madre me decia que desde pequeña fui como depresiva, mi vida no me daba grandes gratificaciones, aunque eso no me llevo a consultar, yo podía vivir así.</p> <p>Mi miedo a volver a amar y</p>	

		que me traicionen, me engañen y me rompan el corazón como lo hizo mi ex marido	
	4.17 Retroflexión	<p>me contracturo, se me pone un cototo en la nuca muy doloroso, en pecho lo siento como si un globo se me inflara y que me lo aplasta, lo que me hace que me sienta pésimo y que en ocasiones no lo pueda controlar</p> <p>suelo tener siempre tenso los hombros, las rodillas, la cabeza, y también me puedo dar cuenta que mientras me encuentro más pensionada o estresada los siento más apretados</p> <p>tenia malestares fisicos, me encontraba constantemente con pena, a veces tengo diarreas, pero nada más</p> <p>No me quería, no me estaba alimentando bien, a veces comía mucho y otras veces no comía nada, y mi sueño, me costaba quedarme dormida y en las mañanas no me quería levantar, eso me tenía muy mal</p>	<p>escribir lo que me pasa, a tensar y relajar, a hacer más de las cosas que me gusta, como pintar, también respiro</p> <p>También el como sacar las penas, las malas vibras, lo que nos tira para abajo, a movilizar esas energías que nos ponen mal, en el trabajo con el cuerpo.</p>
	4.18 Deflexión		
	4.6 Confluencia		
Auto evaluación	1. De su procesos	Tenia muchas espinas, que	Me siento alegre,

	<p>terapéutico grupal</p>	<p>más nada pienso que era mi método de defensa, para defenderme de quien quiere hacerme daño</p>	<p>me gusta saber que la gente ve esas cosas positivas en mí.</p> <p>. Nuestro grupo me hizo sentir muy cómoda y creo que lo aproveche mucho más que en el que estuve hace como 3 años, por que ahí éramos muchos y la psicologa más que nada nos hacia como clases.</p> <p>Y cuando hablamos, nos damos cuenta de lo bien que nos ha hecho este taller, por que nos moviliza, nos saca de la rutina.</p> <p>Ya cuando cocino, no le echo dos o tres veces sal al almuerzo o me confundo de los ingredientes, de alguna u otra manera tengo mejor memoria y estoy mas atenta a lo que hago</p> <p>ver las cosas</p>
--	----------------------------------	---	---

			<p>buenas de nosotras, a conocernos en nuestras cualidades más que en nuestros defectos</p> <p>También, ha seguir mejorando la relación con mis hijos, para poder comprenderlos y quererlos aun más</p>
--	--	--	---

