



**PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
SERÉIS MIS TESTIGOS**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

**“LA TÉCNICA DEL PSICOGRAFISMO Y SUS EFECTOS EN PACIENTES CON
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA QUE ACUDEN AL CONSULTORIO
PSICOLÓGICO DE LA PUCESA EN EL PERÍODO MAYO-SEPTIEMBRE DEL
2011”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

Línea de investigación: Conocimientos técnicos aplicados y desarrollo de casos

Autora: LORENA MARIANELA HURTADO LÓPEZ

Director: DR. MARLON MAYORGA

Ambato – Ecuador

Enero 2012

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

“LA TÉCNICA DEL PSICOGRAFISMO Y SUS EFECTOS EN PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA QUE ACUDEN AL CONSULTORIO PSICOLÓGICO DE LA PUCESA EN EL PERÍODO MAYO-SEPTIEMBRE DEL 2011”

Línea de investigación: Conocimientos técnicos aplicados y desarrollo de casos

AUTORA

Lorena Marianela Hurtado López.

Marlon Mayorga Dr.

f _____

DIRECTOR DE DISERTACIÓN

Lucía Almeida Dra. Dip.

f _____

CALIFICADOR

Marlene Macías Ps.Cli. Msc.

f _____

CALIFICADOR

Santiago Añazco Dr. Msc.

f _____

DIRECTOR UNIDAD ACADÉMICA

Hugo Altamirano Dr.

f _____

SECRETARIO GENERAL PUCESA

**DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD
Y RESPONSABILIDAD**

Yo, Lorena Marianela Hurtado López portadora de la cédula de ciudadanía No. 171074753-4 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del título de Psicóloga Clínica son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Lorena Marianela Hurtado López

CI. 171074753-4

RESUMEN

El presente trabajo investigativo, tiene como objetivo determinar los efectos del uso de la técnica del psicografismo en los pacientes con sintomatología depresiva que acudieron al consultorio psicológico de la PUCESA en el período mayo-septiembre del 2011. El universo se conformó por once personas, una de sexo masculino y diez de sexo femenino, cuyas edades oscilan entre 24 y 50 años. Se administró la Escala de Zung para determinar la sintomatología depresiva y se aplicó la técnica del psicografismo para el tratamiento. Para el análisis de datos por el tamaño del universo se utilizó los puntajes directos y el análisis porcentual.

El Psicografismo nace como una técnica psicológica concebida para ayudar a aquellas personas que experimentan sufrimiento emocional, su creadora la utilizó para tratar a personas que presentaban diversos trastornos psicológicos. Esta técnica fue utilizada en pacientes con sintomatología depresiva, por la frecuencia de pacientes que acudían al consultorio con tristeza, alteración en el sueño y en hábitos alimentarios, baja autoestima, etc. De acuerdo a los resultados encontrados, se comprobó a través del retest de Zung en la sexta y décima sesión la hipótesis planteada, observándose la disminución de la sintomatología depresiva en los pacientes que participaron en esta investigación.

ABSTRACT

The aim of this research is to determine the effects of using psychographic analysis on patients who went to PUCESA's consulting room and presented depression symptoms during the May – September 2011 period. The population was made up by eleven people, one male and eleven female, whose ages were between twenty-four and fifty years. Zung Depression Scale was used to establish depression symptoms, and psychographic analysis was applied as treatment. Direct scores and percentage analysis were used for data study.

Psychographic analysis was conceived as a psychological technique to help those people who experiment emotional suffering. Its creator used it to treat people who had different psychological disorders. This method was used on patients with depressive symptoms, due to the high frequency of individuals who showed sadness, sleeping problems and eating disorders, low self-esteem, etc. According to the results, through Zung retest in the sixth and tenth sessions, the hypothesis was verified. Hence, the symptoms reduced on the patients who took part in this study.

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	1
Capítulo I: Marco Teórico	3
1.1 Depresión	3
1.1.1 Antecedentes	3
1.1.2 Definición	7
1.1.3 Etiología	9
1.1.4 Clasificación de la depresión	20
1.1.5 Síntomas de la depresión	32
1.2 Psicografismos	41
1.2.1 Psicología Iniciática	41
1.2.2 Definición de la Técnica del Psicografismo	57
1.2.3 Directrices	59
1.2.4 Método	60
1.2.5 Vera Schiller y los psicografismos	61
1.2.6 El uso del psicografismo en esta investigación	63
1.2.7 El símbolo	73
1.2.8 Integración de los contrarios	74
Capítulo II: Metodología	76
2.1 Antecedentes	76
2.2 Significado del problema	77
2.3 Definición del problema	77
2.4 Planteamiento del problema	78
2.5 Delimitación del tema	78
2.6 Hipótesis	79
2.7 Objetivos	80
2.8 Métodos	81
2.9 Descripción del universo	81
Capítulo III: Resultados	87
3.1 Resultados de la Escala de Zung	87
3.2 Representación gráfica de los resultados del universo	89
Capítulo IV: Discusión, análisis y validación de resultados	93
Conclusiones y recomendaciones	117
Material de referencia	120
Bibliografía	120
Glosario	123
Anexos	127

INTRODUCCIÓN

Divorcios después de largos años de convivencia, hijos abandonados que a pesar de los años transcurridos no han superado el conflicto, niñas que sufrieron abusos y nunca lo contaron, el sentirse diferentes y no poder o no saber cómo asumirlo, afrontar verdades ocultas o no aceptadas desde hace muchos años, secretos de familia que pesan y se convierten en una carga o en culpa; el sufrimiento es parte de la vida del ser humano, sin embargo estos sucesos, suelen ser el detonante para que en algunos casos una persona inicie o presente sintomatología depresiva.

Los pensamientos de la persona que padece depresión, frecuentemente son ideas negativas de sí mismo, sobre el presente y el futuro. Las personas deprimidas pueden tener dificultad con la concentración y la memoria, y muchas veces les cuesta tomar decisiones. Algunos sienten que ya no vale la pena vivir y esto puede traerles ideas de suicidio. Este trastorno afectivo varía desde bajas transitorias del estado de ánimo, hasta el síndrome clínico con signos y síntomas asociados.

Hay otro grupo de personas que acuden a profesionales y con facilidad aceptan medicarse para no sentirse mal; y si bien dejan de sufrir también dejan de vivir plenamente. La sociedad y los profesionales de la salud asignan términos clínicos a estos períodos, esto es necesario para aclarar el panorama, entender mejor lo que le ocurre al paciente y a partir de un diagnóstico emprender el proceso terapéutico; pero se corre el riesgo de tratar al paciente como un enfermo y no como un ser humano que tiene todo un potencial por

reconocer y desarrollar, pues no se puede negar que los períodos difíciles en la vida son los que le permiten al hombre crecer y ser más consciente.

Como está demostrado la depresión causa muchas consecuencias tanto en lo físico como en la parte mental que afectan nuestra calidad de vida. Es primordial darle importancia al tratamiento de esta enfermedad, ya que con el tiempo puede agravarse, el ausentismo laboral es frecuente por este trastorno y puede generar consecuencias fatales como el suicidio. Hay diversas ofertas psicoterapéuticas para tratar la depresión, en la psicología Iniciática se desarrolló como herramienta para trabajo psicoterapéutico la técnica del psicografismo, el psicografismo se constituye en una opción no solo para diagnóstico y desahogo del paciente, sino también en una opción de tratamiento. En esta investigación se utilizó la técnica del psicografismo para determinar los cambios en la sintomatología depresiva, luego de su aplicación en las sesiones con los pacientes. Como contenido se encontrará un marco teórico con los antecedentes, las clasificaciones y sintomatología clínica de la depresión, también se aborda el enfoque humanista y existencial de la misma, ya que trabajar con psicografismos, implica trabajar con los aspectos sanos de la persona y su capacidad para trascender; luego de la exposición teórica, se presentan los resultados obtenidos y su análisis.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Depresión

1.1.1 Antecedentes

Desde su origen los seres humanos han vivido la experiencia del sufrimiento y como consecuencia de esto, la experiencia de la depresión, acompañada de abatimiento, desgano y pérdida de interés. Cuando Job según cuenta la biblia sufre una serie de pérdidas, se queja de sus desdichas inmerso en un estado de sufrimiento, símbolo de la dinámica natural del hombre.

“¿Por qué deja Dios ver la luz al que sufre? ¿Por qué le da vida al que está lleno de amargura, al que espera la muerte y no le llega, aunque la busque más que a un tesoro escondido? La alegría de ese hombre llega cuando baja hacia la tumba. Dios lo hace caminar a ciegas, le cierra el paso por todos lados. Los gemidos son mi alimento; mi bebida, las quejas de dolor. Todo lo que yo temía, lo que más miedo me causaba ha caído sobre mí. No tengo descanso ni sosiego; no encuentro paz, sino inquietud”. (JOB, capítulo 3: 20-24)

En estos versículos se puede apreciar la desesperanza, el estado de ánimo depresivo, el temor, la incertidumbre, el mirar a la muerte como la única salida del sufrimiento, todos son síntomas de la depresión. El mal o las calamidades humanas eran considerados en los orígenes de la historia, como un castigo del cielo. Homero en la *Ilíada*, describe el estado de desesperanza de los aqueos al perder el favor de los dioses.

A partir del siglo V a.C, la depresión se convierte en una enfermedad cuando Hipócrates atribuye la melancolía a un exceso de bilis negra, esta secreción en exceso ocasionaba la melancolía con importantes síntomas psíquicos. Según Hipócrates: “Cuando la aflicción o la tristeza persisten mucho tiempo, indican un estado melancólico” (Morand, 2000, pág. 7).

La depresión fue conocida en sus inicios con el nombre de melancolía, esta procede etimológicamente de las palabras griegas “melas” que significa negro y “chole” que significa bilis, según los antiguos esta sustancia secretada por el bazo es responsable de las pasiones tristes. La melancolía entonces es por una patología de los humores básicos (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) y en concreto por un exceso o alteración de la bilis negra.

Areteo de Capadocia II a.C, asoció manía con depresión como parte de una misma entidad nosológica; según sus observaciones esta enfermedad reaparecía cíclicamente a pesar de aparentes remisiones que no garantizaban la curación. Alejandro Ávila en su artículo de internet “Psicodinámica de la depresión” cita a Areteo:

"...los pacientes se muestran, sin causa aparente, amodorrados y torvos, desanimados o con una apatía irrazonable; así comienza la melancolía. Sufren también mal humor, desaliento e insomnio y suelen despertar de repente de un sueño sobresaltado... Tienden a cambiar de idea rápidamente; se hacen autoritarios, mezquinos y ruines para pasar al poco tiempo a ser simples, extravagantes y generosos, pero no por virtud del espíritu sino por lo mutable de la enfermedad". (Ávila, 2006).

A esta enfermedad se la trataba como una enfermedad del cuerpo, prescribiendo actividades recreacionales y ejercicios. En caso de no tener resultados favorables se utilizaban fármacos evacuantes y diuréticos para eliminar la sustancia en exceso, era muy común el uso del eléboro (antidepresivo) cuyo éxito no declina hasta el siglo XIX.

En el Medioevo se refuerza el desprecio a este trastorno al relacionarlo con la culpa, la melancolía es el castigo divino por el pecado original. La culpa se expresa en “acedia” (pereza, ocio) y “tristidia” (tristeza); acedia es sobre todo la pérdida de la unión con Dios. El perezoso renuncia a la unión espiritual por vagancia o impotencia.

Se presume que la configuración moderna de la depresión apareció en Inglaterra (1700-1800), entonces se hablaba de la “enfermedad inglesa” o “spleen”, además se habló de un cuadro, que suplantó al cuadro fundamentalmente somático de la melancolía medieval, el cual había imperado durante casi ocho siglos. En esta época los médicos recurrían a un remedio natural para apalea la infelicidad y este era la risa, los teatros de comedia se llenaban de pacientes; uno de los comediantes más famosos fue David Garrick (1717-1779), el mismo que inspiró a Juan de Dios Peza (1852-1910) un poeta mexicano, para

escribir el poema “Reír llorando”, en este poema se puede ver el sufrimiento de un hombre con desesperanza, ideas suicidas, y que a pesar de poseer fama, dinero y amor, no era feliz, pues existe una pérdida de interés e incapacidad de disfrutar (ANEXO 1).

En 1725 el británico Sir Richard Blakmore denomina el cuadro con el término actual de depresión, la melancolía se transforma en una preocupación psiquiátrica y neurológica y Giambattista Morgagni, dice que esta enfermedad no está en el desequilibrio de humores, sino en lesiones precisas de la materia nerviosa.

Desde la nosografía kraepeliniana el término melancolía es sustituido por “psicosis maniaco-depresiva”. Desde entonces ya no se usa el término melancolía sino depresión. Lo que parece perdurar es el sentido de culpa que connota el malestar depresivo, sugerido por la religión que de forma sutil modela las culturas con tradición monoteísta.

De autores psicoanalíticos se han obtenido algunos modelos explicativos sobre la depresión, la primera hipótesis explicativa sobre la melancolía la efectuó Freud, él situó la psicogénesis de la melancolía en la sexualidad y el autoerotismo y en “Duelo y melancolía” habla de las analogías entre el cuadro general de la melancolía y el del duelo, por lo que hizo un estudio paralelo de ambos estados.

En la actualidad con las clasificaciones de las versiones del CIE 10 o del DSM, los nombres de las enfermedades contienen una amplia información estandarizada; encasillando así el sufrimiento humano en ejes y definiciones como: Episodio depresivo mayor, depresión leve, depresión moderada, trastorno distímico, etc.

Se puede ver que hasta el nacimiento de la psiquiatría moderna, el origen de la depresión y sus tratamientos incluían la magia, preparados herbáceos, curas termales y una terapia ambientalista con carácter empírico (aire fresco, aplicación de agua fría, dietas, paseos, música, etc.), alternada con oraciones y consejos morales, que trataban de dar ánimos de manera enérgica o paternalista, e incluso se buscaba convencer al paciente de que el síntoma “sólo era psíquico” y por lo tanto una imaginación enfermiza.

La alta prevalencia de la depresión y su relación con lo emocional, la convirtieron en frecuente recurso artístico y como bandera incluso de movimientos como el del romanticismo, pero con el advenimiento de la biopsiquiatría y el despegue de la psicofarmacología, pasa a ser descrita como una enfermedad más.

1.1.2 Definición

Depresión viene del latín “depressio” que quiere decir hundimiento, opresión o abatimiento. Es un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo, hasta el síndrome clínico de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados.

“Una depresión es, en un sentido literal, una hondonada del terreno o una disminución de la presión atmosférica, cualquier cosa que va hacia abajo partiendo de un estado precedente más o menos equilibrado” (Muriana, et al, 2007, pág.15)

A través de la historia han existido un sinnúmero de intentos para definir lo que es la depresión, Hipócrates describía a la melancolía como un estado de tristeza; para el cristianismo, que la asociada a la pereza o a la introspección, la melancolía era entendida como una consecuencia del pecado, en el Renacimiento es concebida como una enfermedad propia de los genios o de los artistas; los románticos la asociaron a la soledad de un mundo que se ha quedado sin Dios.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es descrita como una psicosis afectiva, caracterizada porque el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, además se presenta con algún grado de ansiedad. La actividad por lo general disminuye pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares.

La depresión es descrita según el modelo médico como un trastorno del estado de ánimo, el estado de abatimiento e infelicidad es su síntoma habitual y este puede ser transitorio o permanente. Se hace referencia además a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva e implica una tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad habitual.

Otras expresiones de la depresión se dan a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o somático. El diagnóstico es por lo general clínico y debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona con depresión puede no

sentir tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades habituales, con una vivencia poco motivadora y más lenta.

Con el transcurso del tiempo los conceptos y términos utilizados para referirse a la melancolía o depresión han sido más acertados y específicos y han evolucionado hasta la actualidad en la que la depresión es identificada como una enfermedad con causas, características y tratamientos.

1.1.3 Etiología

El origen de la depresión es multifactorial, se deben destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos derivados de decepciones, pérdidas o vivencias traumáticas, la elaboración inadecuada de un duelo, el consumo de determinadas sustancias y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento educativo.

El origen de la depresión es complejo, ya que existen factores genéticos, biológicos y psicosociales que influyen. La investigación científica en los últimos años ha demostrado que enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales pueden llevar a una enfermedad depresiva. La depresión es entonces el resultado de diversas causas: el aspecto biológico, los traumas exteriores y la vulnerabilidad del momento.

1.1.3.1 Teorías Biológicas

La asociación de una serie de enfermedades físicas con la depresión, los fármacos antidepressivos que modifican los neurotransmisores cerebrales, fármacos que pueden producir depresión, la depresión inducida por el consumo de drogas y la transmisión genética, nos permiten ver la relación entre ciertos cambios en el organismo y un trastorno depresivo.

En cuanto al origen genético, existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Según estudios sobre antecedentes familiares de trastornos depresivos, existe una mayor tasa de trastornos afectivos que en los familiares de sujetos sanos. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad.

En cuanto a las hipótesis bioquímicas (neurotransmisores), éstas evolucionaron a partir de la administración de fármacos que producían disminución de sustancias cerebrales neurotransmisoras. La función de los neurotransmisores es establecer un código de señales eléctrico y bioquímico, en la interacción de las neuronas. Se han descrito diversas enfermedades por la alteración en este código, conocido como neurotransmisión, entre éstas tenemos la esquizofrenia y la depresión; pero aún no se sabe si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión es de origen genético o es producido por otras causas como el estrés, traumas, o enfermedades físicas.

Otras investigaciones se han centrado en el estudio del funcionamiento de los receptores y los subtipos de éstos, detectándose variaciones en su funcionamiento, como aumento de la densidad en la membrana de la neurona o variación en la sensibilidad con los neurotransmisores.

Existen además cuadros depresivos que aparecen en el contexto de enfermedades médicas y evidencian la influencia de los factores biológicos. Se ha observado que el 25-40% de sujetos con ciertas enfermedades del sistema nervioso central como Parkinson, la Corea de Huntington, las enfermedades vasculares, demencias, esclerosis múltiple, epilepsia, traumatismo craneoencefálico, tumores del SNC, etc; presentan una alteración depresiva importante en algún momento durante el curso de la enfermedad. En las enfermedades que no implican al SNC las tasas son más variables, desde más del 60% en el síndrome de Cushing hasta menos de un 8% en la insuficiencia renal terminal. Los cuadros más vinculados a alteraciones neuropsiquiátrica son los de patología endocrina como el hipertiroidismo, hipotiroidismo, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison. Otro tipo de enfermedades asociadas en ocasiones a depresión son enfermedades reumatológicas, neoplasias, o enfermedades infecciosas.

De acuerdo al tipo de depresión que se trata, se debe establecer el tipo de tratamiento que se va a seguir, el cual en muchas ocasiones incluye el uso de antidepresivos. En las depresiones somáticas o cuyo origen tiene causas físicas, se debe tratar primero la enfermedad causante y puede ser efectivo un tratamiento adicional con antidepresivos, el mismo que debe tener en cuenta los hechos específicos que se producen por la enfermedad causante. En las depresiones endógenas, la medida terapéutica está basada esencialmente en el uso de medicamentos antidepresivos y los neurolépticos pueden ser indicados cuando

se presentan delirios y cuando los síntomas que predominan son la intranquilidad interna, tensión y agitación. En las depresiones psicógenas el tratamiento con medicamentos antidepresivos solo tiene una importancia secundaria.

Se debe poner en relieve que al combinar la psicoterapia con antidepresivos, podemos obtener mejores resultados en el tratamiento, por eso es importante considerar el trabajo multidisciplinario.

1.1.3.2 Teoría psicodinámica

Desde los clásicos estudios de Freud la escuela psicoanalítica considera a la depresión como una situación de “pérdida del objeto amado”. La depresión es un estado de duelo por el objeto libidinoso perdido, entonces se internaliza el instinto agresivo que no se dirige hacia el objeto apropiado. A partir de este enfoque se enfatizan los motivos y conflictos inconscientes dando relevancia a las experiencias pasadas para explicar la conducta actual. La terapia se encamina a encontrar los motivos inconscientes de la conducta.

Freud en “Duelo y melancolía” admite que no hay un concepto fijamente determinado de melancolía, y distingue al duelo como la pérdida de un ser amado o una abstracción equivalente, éste desaparecerá con el tiempo por sí solo, mientras que la melancolía se da en algunas personas con predisposición morbosa.

“La melancolía se caracteriza 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. Esta última se traduce en reproches y acusaciones, de que el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo”. (Freud, 2008, pág. 2091).

Para Freud es claro que el duelo presenta también este cuadro, pero en el duelo no hay pérdida del amor propio y se comprende la inhibición y restricción del yo como una expresión de la pérdida. Pero no todos los deprimidos han sufrido una pérdida real, Freud habla de pérdidas internas o “pérdidas de objeto”.

La depresión es concebida por Freud y sus seguidores como una manifestación de hostilidad hacia la persona amada perdida en la infancia. El odio hacia la persona amada genera sentimientos de culpa, por lo cual el paciente revierte contra sí mismo el odio (auto reproche). Freud propuso que el deprimido retrocede a la etapa oral en la que hay sentimientos sádicos, él sugirió que durante esta etapa las necesidades orales del infante pueden ser insuficientes o satisfechas excesivamente, la persona entonces permanece fijada en esta etapa, al detenerse la maduración psicosexual, se desarrolla una tendencia a depender excesivamente de otras personas.

Melanie Klein desarrolló esta idea hablando de la posición depresiva, etapa de aprendizaje en la que el niño debe adquirir confianza de que su madre volverá aunque él se haya enojado, Klein pensaba que si esta etapa no se pasa con éxito el niño puede desarrollar depresión en la adultez.

La conducta masoquista es un punto importante dentro del psicoanálisis; la conducta del individuo se rige por el principio del placer, el individuo lo busca evitando el dolor, sin embargo en el masoquismo se da la excepción. Según el psicoanálisis, el masoquismo es un rasgo de carácter presente en las personas deprimidas, en forma general, para Freud y sus discípulos, la personalidad se constituye dinámicamente según la historia del sujeto, por medio del ejercicio de determinadas funciones que le son esenciales, y en estas funciones están los mecanismos defensivos y el papel del inconsciente.

En el tratamiento desde esta corriente, se analiza la psique del paciente a través de la introspección y la observación y el análisis por parte del terapeuta. Se buscan los motivos primitivos infantiles que le provoca el trastorno al paciente, se buscan fijaciones, relación objetal, etapas no superadas y se enfocaría principalmente en la etapa oral, ya que en esta etapa se ubica el origen de las depresiones por la nostalgia del objeto perdido. La mente es explorada a través de la asociación libre y el estudio de las reacciones del paciente frente al analista.

La psicoterapia va de la mano con el diagnóstico, mientras se evalúa se realiza la labor terapéutica, a través del análisis de sueños, los chistes, la asociación libre, los actos fallidos, las resistencias, etc. De esta manera se hacen conscientes los mecanismos de defensa y el paciente puede afrontar el problema desde una perspectiva más madura.

1.1.3.3 Teoría cognitivo comportamental

Estas teorías postulan que la depresión es una respuesta aprendida mal adaptada que se debe olvidar. El fundamento de estas teorías está en las teorías del aprendizaje y en el condicionamiento. Beck en los años sesenta desarrolló teorías cognitivas de la depresión en las cuales se considera que la persona con depresión tiene pensamientos automáticos negativos que son aceptados sin crítica y que afectan a su vida. Estos pensamientos inadecuados dan como resultado una visión negativa de sí mismo, del exterior y del futuro (triada cognitiva de Beck). Los errores de pensamiento conducen al individuo a:

- Exagerar los acontecimientos negativos y minimizar los hechos positivos
- Generalizar excesivamente
- Hacer conclusiones apresuradas
- Enfatizar un detalle extrapolado de su contexto

La percepción errónea y pesimista de las situaciones (“no valgo nada”, “todo es molesto”, “no merece la pena vivir”) son responsable de estados depresivos. El comportamiento depresivo es una forma de respuesta inadaptado a estímulos exteriores, las mismas que se asientan en dos elementos:

- Ausencia de situaciones que conlleven recompensas o gratificaciones y que desarrollan y mantienen el estado depresivo.
- Exceso de estrés que puede generar reacciones de pasividad, desmotivación, pesimismo o desaliento.

Seligman en 1974, habla de un modelo de impotencia aprendida, éste se basa en un experimento con un perro que es sometido a descargas eléctricas dentro de una jaula de la que no puede salir, luego de algunas repeticiones se lo pasa a otra jaula de la que si puede escapar, sin embargo el perro no intenta hacerlo cuando recibe las descargas, al contrario acepta pasivamente la experiencia traumática, parece haber perdido las reacciones adaptativas que le permitían escapar; mientras que otro perro sin la experiencia previa de encierro escapa inmediatamente. Es indudable que la pasividad, la falta de agresividad, la inhibición, la pérdida de apetito y de peso del animal nos recuerda ciertas características de la depresión humana.

Se puede observar que la desesperanza aprendida tiene como característica la ausencia de conductas adaptativas, ya que no se reconoce la relación entre respuestas adaptativas y alivio. En la depresión humana se sugiere que existe una historia personal con un relativo fracaso sistemático en ejercer control sobre los reforzadores ambientales, lo cual conduce a una permanente frustración. Además el refuerzo social y el aislamiento contribuyen en el mantenimiento del estado patológico.

“Para Seligman la depresión sobreviene cuando el sujeto se percibe a sí mismo como perdiendo todo control sobre tales situaciones externas reforzadoras, lo cual le lleva a las vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza, que son características de la depresión”. (Ruiloba, 2002, pág.519).

La evaluación desde este enfoque, se centrará en el análisis de los constructos que motivan la conducta del paciente, puesto que su percepción es la realidad imaginaria desde la cual reacciona. Con respecto al abordaje terapéutico, la depresión es una oportunidad para replantear los problemas e interpretarlos de manera más sana. En otras palabras se replantean los constructos de tal manera que cambia la visión del problema. Se podría llevar al paciente a explorar el significado de sus nuevas condiciones y buscar las oportunidades que se le presentan en las nuevas circunstancias.

El cambio impulsado por el psicólogo, sería replantear las creencias del paciente y hacer conciencia de lo que provoca en los demás y cómo refuerza el círculo vicioso de sus conductas.

1.1.3.4 Teorías humanistas

La psicología de corte humanista concibe al hombre con un potencial a desarrollar para lograr la autorrealización, el no desarrollarlo puede conducirlo a la enfermedad. El trabajo de la psicología humanista y existencial que fue iniciado por Maslow, centró su atención en la mística o la dimensión “transpersonal” de la psicología. A Maslow le preocupó otras posibilidades de desarrollo humano, que amplíen y den vida a un nuevo paradigma, para

interpretar mejor el comportamiento humano; se dio cuenta de la existencia de ciertos estados de consciencia, en los que el individuo trascendía los límites habituales de identidad y experiencia.

En cuanto a la forma de hacer una evaluación y diagnóstico, desde este enfoque se buscan las necesidades no resueltas del cliente, para orientarlas a la autorrealización. La terapia se centra en buscar el sentido de vida, un motivo para seguir adelante. Se abordan los problemas actuales y puntuales y se buscan bloqueos en el desarrollo de su potencial. Es muy importante la actitud del terapeuta que no dirige sino acompaña, acoge al sujeto centrándose en sus vivencias, se interesa en la persona más que en el problema; el respeto y la consideración marcan esta relación, lo cual permite una mejor comunicación. En el discurso se trata de ubicar al cliente en el aquí y en el ahora, para que afronte y aclare sus problemas. Todo esto se lo hace desde la simple escucha y empatía, no a través de la directividad.

Los psicólogos humanistas usan la más amplia gama de herramientas, desde técnicas científicas relativamente objetivas, hasta las más subjetivas como la introspección, los análisis literarios; además, la intuición es considerada una fuente de información válida.

El enfoque humanista abarca el desarrollo comunitario a través de técnicas aplicables a diferentes niveles sociales, en donde participan grupos de personas con depresión o cualquier problemática común.

1.1.3.5 Escuela de Terapia Iniciática

La depresión desde la Escuela Iniciática no es considerada una enfermedad, Vera Schiller la considera como un final o una pérdida que produce tristeza, se da porque el sujeto no abandona o no suelta lo que ya se fue, es decir existe un apego a lo pasado, a lo viejo o inútil.

“La depresión, como el miedo, está cargada de energía y se apodera de todo el arsenal libidinoso del hombre que sufre. El depresivo es aquel que con todo su ser quiere tener lo que está perdido para siempre, quiere alcanzar lo caduco”. (Schiller, 2006, pág.104).

Según Dürkheim la insatisfacción constituye una parte natural del hombre, mientras se encuentra alejado de la parte sagrada que es la que permite descubrir su propia fuerza de vida. La angustia, la depresión y las enfermedades somáticas se deben a la búsqueda del núcleo sagrado. El sujeto en búsqueda de sentido puede caer en abismos profundos que son los que constituyen las patologías psicológicas, los llamados trastornos psicológicos son el reflejo de una búsqueda interna y externa no concluida; las “desviaciones” de lo que la sociedad considera como normal son la pérdida de la fuerza interna del individuo, provocada por el sin sentido.

Vera Schiller dice que el sujeto al no sentirse completo en su realidad, busca caminos aleatorios que le permitan romper con el vacío o dolor en el que vive. La insatisfacción entonces, es llenada con drogas, pornografía, consumismo, juegos de video, discotecas, etc. La fuerza del individuo mal canalizada puede generar auto destructividad y

agresividad hacia el medio. La agresividad para Vera es la energía vital de todos los seres, que no ha sido reconocida, por lo que es utilizada negativamente. En terapia se busca que el paciente deje de reprimir su fuerza y la dirija para vivir plenamente, solo así se da una sanación.

“El énfasis no está en la enfermedad o patología, sino en la salud y el desarrollo del ser, el terapeuta puede ayudar al paciente a exagerar la ira depresiva- tal como hace con el miedo- hasta el punto de que logre reconocer esta energía como un regalo divino”. (Schiller, 2006, pág.104).

Los síntomas de una patología son la muestra de una situación no resuelta en la base del ser. Para Dürckheim, la divinidad latente es lo que lleva a cada sujeto a sentirse incompleto hasta llegar a encontrar esa fuerza interna que le conecta con todo lo demás.

1.1.4 Clasificación de la depresión

1.1.4.1 Según sus causas

Según las causas de la depresión Harald Freyberger, en su libro “La Depresión” divide en tres grandes grupos las enfermedades depresivas:

1.1.4.1.1 Depresión psicógena

La depresión psicógena es la más frecuente de las depresiones, su origen está básicamente en causas psíquicas. Se relaciona con sucesos vividos recientemente o hechos pasados pero que pesan.

“Las reacciones depresivas se explican como respuestas psíquicas a sucesos externos, que para el sujeto son especialmente insoportables, o como reacciones a cambios internos en una persona”. (Freyberger, 1991, pág.31)

Los síntomas pueden ir de cuadros leves, hasta cuadros de una mediana gravedad, en estos cuadros clínicos faltan las graves autoacusaciones y la pérdida del sentido de la realidad, que se presentan en las depresiones endógenas. Las personas que están con poca energía y tienen disminuida su resistencia física y anímica, reaccionan de manera más sensible ante los acontecimientos externos, entonces se presentan reacciones depresivas. La sintomatología desaparece cuando la persona se libra de la presión que le causaban los acontecimientos vividos, esto puede darse porque se acostumbró a ellos o porque recibe un tratamiento que le permite adaptarse y aceptar. Para su diagnóstico se diferencian entre:

Depresión reactiva; es un estado depresivo distorsionado, producido como respuesta a una pérdida, un desengaño, una tensión u otros acontecimientos que implican cambios importantes y penosos. La persona se ocupa intensamente del suceso y de su asimilación. Existe una amplia literatura sobre la relación entre la tensión, la separación, la pérdida y otros acontecimientos vitales con la depresión reactiva. Hay que subrayar la importancia

de las causas generadas por experiencias, ya que los acontecimientos de la vida se consideran significativos en la patogénesis de la depresión. Los pacientes con depresión reactiva han sufrido con anterioridad y han perdido su resistencia anímica, entonces un suceso actual puede ser la gota que derrama el vaso de agua, traspasando el umbral de lo que se puede considerar como una respuesta normal ante determinada circunstancia. Estos pacientes suelen presentar rasgos de personalidad previos a la depresión, entre estos se puede mencionar: hipersensibilidad, especial rectitud de consciencia e inseguridad en sí mismos.

Depresión neurótica; es una depresión recidiva, en otras palabras dura largo tiempo o se repite con frecuencia o cíclicamente y tienen su origen en un problema de crecimiento y maduración en la infancia y juventud, que se ve afectado por una situación actual mal procesada, en otras palabras es una expresión de conflictos de la infancia o juventud que no fueron elaborados. Con frecuencia se presenta entre los 20 y 40 años y las personas que presentan esta depresión suelen ser personas dependientes de otra persona que les proporciona estabilidad, además son extremadamente susceptibles, tienen un sentimiento inestable de autovaloración y necesitan confirmación y reconocimiento, con frecuencia son sobre exigentes consigo mismos y presentan una tendencia a subordinarse. Los estados de miedo predominan en estas personas, además de síntomas psicósomáticos manifiestan una agresividad que suele estar dirigida hacia ellas mismas por eso tienen frecuentes fantasías de muerte y de suicidio. La depresión neurótica dura muchos años con variación de síntomas, en las personas mayores los síntomas se debilitan, aunque es también posible pasar a una depresión más grave.

Depresión por agotamiento; se da por una sobrecarga continua, personal, social o profesional, que a la larga produce el “derrumbamiento depresivo”. La fisiología y la patología del estrés son inseparables de la emoción, de la angustia y de la depresión, sobretodo en cuanto representan los esfuerzos adaptativos del organismo para afrontar una situación de alarma. La sobrecarga en el trabajo y la falta de desahogo o distensión en el hogar, o la presión en el mismo, acompañados de soledad suelen presentarse en la depresión por agotamiento.

Los rasgos que se presentan con frecuencia en personas que padecen esta depresión son: escasa o nula capacidad para tolerar la decepción, autoexigencia, suelen pedir labores en exceso y no saben delegar a otras personas.

La depresión por agotamiento tiene tres fases: la primera puede durar años y es una fase de hipersensibilidad, se suelen presentar nerviosos, cansados, duermen mal y están de mal humor, presentan además dificultad para concentrarse; en la segunda fase las molestias que en un inicio eran psíquicas se transforman en trastornos físicos hasta que en la tercera fase se da el trastorno depresivo que puede ser tan grave que se asemeja al cuadro de una depresión endógena.

Los factores exógenos son inespecíficos, además se dan diferencias intraindividuales de acuerdo al momento evolutivo, influyendo en la depresión que se originará: la persistencia de los factores, la intensidad y profundidad de la experiencia vivida y si son inesperados o no.

1.1.4.1.2 Depresión endógena

En la psiquiatría es considerada como la forma clásica de depresión, este tipo de depresión tiene una causa fundamentalmente biológica (lo hereditario y modificaciones bioquímicas en el sistema nervioso central). No existe continuidad con la historia vital de la persona, no hay motivos para estar triste o melancólico, es decir los factores externos no tienen una relación comprensible con respecto a la gravedad de la depresión.

Según Freyberger se debe tomar en cuenta que no se hereda la enfermedad misma, sino la disposición a reaccionar con una depresión grave y menciona además que el riesgo de enfermar con una depresión endógena está aproximadamente entre un 10 y un 15%, siempre y cuando se tenga un familiar próximo con esta enfermedad.

La depresión endógena se diferencia de la psicógena por su gravedad y evolución que suele darse por fases. Los cuadros clínicos de las depresiones endógenas se distinguen por:

- Síntomas marcados y graves en su desarrollo
- Evolución dividida en fase con intervalos de “normalidad” de la salud mental

Para su diagnóstico se diferencian entre:

Depresión monopolar o unipolar; se presentan fases depresivas que pueden variar desde semanas a meses, es decir la enfermedad aparece por espacios de tiempo, pasado este período la persona está libre de síntomas, y con todas sus capacidades para desempeñarse con normalidad.

Depresión bipolar o cíclica; en esta se alternan las fases depresivas y maníacas, también se dan intervalos entre las fases, en las cuales no hay síntomas.

Depresión tardía o de la edad senil; se da en personas de edad avanzada, la gravedad suele ser leve o media; sin embargo la enfermedad puede durar mucho tiempo. A veces se considera que la depresión en la vejez es propia de esta edad, esto genera gran sufrimiento en el afectado, un tratamiento adecuado lo evitaría.

En las depresiones endógenas, los síntomas suelen presentar una evolución característica durante el día, las personas tienden a encontrarse mejor por las tarde, ya que el trastorno depresivo suele ser más fuerte por la mañana (“bajón matutino”).

1.1.4.1.3 Depresiones somáticas

Son llamadas físicas ya que tienen su origen en el organismo, están relacionadas con enfermedades corporales o con una alteración de funciones físicas que causan u originan la depresión. Para su diagnóstico se distinguen:

Depresiones orgánicas, el cuadro depresivo se da por una lesión directa del cerebro, que puede darse por un derrame cerebral, un tumor cerebral, por arterioesclerosis o por degeneración causada por la edad.

Depresiones sintomáticas, llamadas también depresiones secundarias, pueden ser causadas por enfermedades orgánicas, o estar relacionadas con enfermedades psíquicas, de las que la depresión es un síntoma. Es comprensible que como secuela de enfermedades o intervenciones quirúrgicas que afectan y cambian la vida de una persona, aparezca la depresión como una secuela, pero enfermedades físicas también pueden conducir a trastornos depresivos. Sin embargo, no es conveniente generalizar o llamar depresión a estados difusos de malestar, o a cierta sensibilidad por el cambio de tiempo o estación.

1.1.4.2 Clasificación del CIE 10

La siguiente clasificación es tomada del CIE 10:

1.1.4.2.1 Episodios depresivos F32

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

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

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede 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 los períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Entre los síntomas "somáticos" más destacados tenemos:

- Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras.

- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas).
- Pérdida marcada de apetito.
- Pérdida de peso.
- Pérdida marcada de la libido.

Episodio depresivo leve F32.0

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y aumento de la fatigabilidad, suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32).

Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo, ya que el paciente generalmente estará tenso pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de actividades.

Episodio depresivo moderado F32.1

Pautas para el diagnóstico

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

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para desarrollar su actividad social, laboral o doméstica.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos F32.2

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la

pérdida de autoestima, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio está presente en los casos particularmente graves. Se presupone la existencia de los síntomas somáticos casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas. Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos F32.3

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas

delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

1.1.5 Síntomas de la depresión

La depresión no debe confundirse con una simple tristeza, ya que a pesar de que esta es inherente a la depresión, se añaden otros elementos como la disminución global en la velocidad al ejecutar actividades, incapacidad para sentir placer o disgusto y una impresión de no tener salida.

Tampoco debemos hablar de depresión porque el individuo sea tranquilo, silencioso o un eterno cansado con fatiga constitucional. Las personas constantemente ansiosas que se desaniman fácilmente tampoco están deprimidas, pues tienen iniciativa, intereses y autoestima. Es distinto además el sufrimiento producido por una pérdida, que el estado depresivo, por último la modificación transitoria del comportamiento producida reactivamente no se debe etiquetar como depresión.

El espectro de las enfermedades depresivas va desde estados de ánimo leves pero serios, que se dan por vivencias dolorosas, hasta trastornos depresivos graves, en los que la persona pierde incluso contacto con la realidad.

Existen criterios para definir una depresión, basados en una sintomatología, Pauline Morand considera doce síntomas en su libro “la Depresión”:

1.1.5.1 Apariencia

El rostro de un deprimido suele estar fijo, sin mímica o sonrisa, las emociones habituales como ira, alegría, tristeza, no son expresadas. Las cejas fruncidas suelen formar una “omega melancólica”. El cuerpo tiene poco movimiento, con un caminar lento (excepto en caso de agitación grave) y con gestos que no acompañan su movimiento. La voz es baja y monótona, sus frases son entrecortadas por frecuentes pausas, es necesario estimularlos para que respondan y sus respuestas suelen ser cortas.

“La irrealidad de la persona deprimida se manifiesta claramente en el grado en que ha perdido contacto con su cuerpo. Hay una carencia de autopercepción; no se ve a sí mismo tal como es, ya que su mente está centrada en una imagen irreal...No siente las perturbaciones en su funcionamiento corporal, ni su menor motilidad y respiración inhibida, ya que se identifica con su ego, su voluntad y su imaginación”. (Lowen, 1995, pág.19). Según Alexander Lowen, si miramos atentamente el cuerpo de una persona, este contiene su historia, porque las experiencias de las personas son registradas en su cuerpo.

1.1.5.2 Afectividad

Síntomas afectivos son los que afectan al ánimo, entre estos tenemos la tristeza, el abatimiento y la falta de energía. Las personas con depresión suelen tener una tristeza de intensidad y duración anormal, con constante nostalgia por el pasado; ante el presente se muestran desinteresados, y ven el futuro con profundo pesimismo. A veces no hay forma de alegrarlos o de sacarlos de su estado de ánimo. El entorno suele ser experimentado

como gris o sin color, ya que su ánimo es sombrío y opresivo, puede llorar con mucha amargura, o ser muy mecánico en sus reacciones emocionales. El deprimido no es capaz de experimentar emociones por sus semejantes (anestesia afectiva), o de sentir placer o disgusto ante alguna actividad. Los deprimidos se quejan de no sentir, en cuadros graves se da el embotamiento afectivo. El deprimido se subestima intelectual y socialmente, a veces cree que es indigno de vivir. A veces cree que su enfermedad es incurable, esto le causa pena y dolor moral que pueden conducirle a intentos de suicidios.

1.1.5.3 Lentitud psíquica

La atención no es continua, tienen dificultad para memorizar; por todo esto sus realizaciones intelectuales son pobres. A las personas de su entorno, les suele sorprender que la persona con depresión esté tan distraída, que apenas se puede dedicar a las tareas habituales, a veces les resulta imposible un simple cálculo matemático.

Las quejas de los deprimidos suelen ser exageradas, los vacíos de memoria son a veces serios pero transitorios y se dan con la información que requiere atención y comprensión para ser almacenada y no con los hechos que están integrados desde hace algún tiempo y por lo tanto son casi automáticos.

La persona deprimida se siente frecuentemente bloqueada y presenta dificultad para tomar las decisiones más simples, su inhibición psíquica repercute a nivel físico y le conduce a la inactividad. En las personas de edad avanzada la inhibición, trastornos de memoria y

reducción de las capacidades intelectuales pueden ser confundidos con el inicio de una demencia.

1.1.5.4 Fatiga

Es el síntoma por el cual el paciente suele ir a consulta, el deprimido puede permanecer inactivo y empezar una jornada le suele parecer insuperable. La fatiga a nivel físico y mental suele presentarse más notablemente en la mañana, por eso el día les suele parecer interminable como una montaña imposible de escalar, al finalizar la tarde e iniciar la noche suelen recuperar un poco su tono vital. El reposo o largas siestas no suelen modificar la fatiga.

El aspecto del deprimido suele ser descuidado porque todo le cuesta mucho esfuerzo, al carecer de energía incluso descuidan su higiene personal. Arreglar su casa, hacer las compras o hacer cuentas, requiere de un gran esfuerzo. La fatiga o astenia suele causar ausentismo a nivel laboral, carecen del dinamismo e iniciativa para ejecutar su trabajo; de la misma manera se afecta el área social ya que al sentirse tan agotados dejan de participar en actividades, prefiriendo replegarse sobre sí mismos, entonces todas sus preocupaciones se centran en su persona, anulando toda disposición a interesarse por los demás.

La persona con depresión suele reprocharse su incompetencia, pero se siente impotente para reaccionar. Paralelamente a la falta de voluntad y a la incapacidad que resulta de la misma, se presenta el sentimiento de culpabilidad.

1.1.5.5 Ansiedad

La ansiedad suele ser motivo de consulta igual que la fatiga, y se trata del temor a un peligro eventual, el mismo que se traduce en malestar físico y psíquico, que puede llegar al pánico. La depresión no siempre está relacionada con la ansiedad y existen depresiones sin componentes ansiosos.

“La distinción entre la depresión y la ansiedad es un problema práctico y cotidiano, pues el límite entre una depresión con componente ansioso importante y un trastorno ansioso con tendencia depresiva no resulta evidente”. (Morand, 2000, pág.20)

Con frecuencia los estados ansiosos crónicos pueden evolucionar hacia una depresión, ya que el constante estado de alerta y la espera de la catástrofe, con la consecuente exageración de los detalles, generaran una tensión que los debilita y desmorona, es como si la esperada desgracia en la ansiedad, llegara con la depresión.

1.1.5.6 Modificaciones del carácter

El carácter habitual del deprimido es reemplazado por una “mal carácter”, generalmente percibido por los que lo rodean y no por él, o también se puede exacerbar un carácter difícil. Se puede apreciar en ocasiones: irritabilidad, impulsividad, intolerancia y agresividad verbal o gestual. La falta de atención del paciente con depresión le impide desarrollar una actividad duradera, por lo que responde con impaciencia e inestabilidad.

La toxicomanía y el alcoholismo que a veces son la causa de la depresión, pueden acompañarla en algunos casos como un refugio; con estas conductas escapistas la persona disminuye su sufrimiento interior y su sentimiento de infravaloración.

1.1.5.7 Trastornos del sueño

Los trastornos digestivos y de sueño suelen ser las quejas físicas más frecuentes en un trastorno de depresión.

“Los deprimidos se quejan sobre todo de no poder dormir; no obstante, un 15% de ellos señala una tendencia a dormir demasiado por la noche y a tener excesiva somnolencia y adormecimiento fácil durante el día”. (Morand, 2000, pág.24)

Sin embargo la hipersomnolia no les da el reposo necesario, ya que el sueño es poco reparador. Es necesario que el insomnio se dé de manera regular para que sea considerado como un síntoma de la enfermedad (al menos tres veces por semana durante un mes). La persona con depresión puede quejarse de: tardar en conciliar el sueño porque a veces se quedan cavilando por horas (asociado con el miedo a no poder dormir, lo cual reactiva la ansiedad e impide el sueño), frecuentes desvelos nocturnos con dificultad para dormir de nuevo, y sobre todo de un desvelo definitivo a pesar de sus desesperados intentos. El desvelo definitivo o insomnio de madrugada, es clásico de la depresión endógena, por eso no requiere de factores desencadenantes externos. Los problemas en conciliar el sueño pueden ser también por sustancias psicoestimulantes, usadas en trastornos depresivos. Es

importante considerar el peligro de estas sustancias por los efectos negativos que presentan.

1.1.5.8 Trastornos digestivos

Estos trastornos son frecuentes en personas con depresión y sus quejas suelen ser: sensación de boca seca, pérdida de apetito, estreñimiento, impresión de digestión difícil, dolores abdominales, náuseas y diarreas. La disminución del apetito es frecuente en los pacientes con depresión, esto produce una disminución significativa de su peso corporal. Debe considerarse una pérdida de peso de más de 5 kg, sin dieta y descartando problemas médicos, los trastornos de la alimentación (anorexia o bulimia) y dietas.

Por otro lado algunos pacientes con depresión pueden aumentar de peso, es frecuente la apetencia por alimentos ricos en carbohidratos, inhibición psicomotriz y un sueño excesivo. A este cuadro se le suele llamar depresión atípica o depresión afectiva estacional, porque es común que se presente con más frecuencia en el invierno con estas características clínicas.

1.1.5.9 Los dolores

A pesar de ser auténticos no hay una lesión objetiva en un órgano, el dolor es una forma de expresar el sufrimiento moral que experimentan, en otras palabras el dolor psíquico

repercute en el cuerpo. La vida de estas personas a veces se organiza en torno al dolor, el mismo que se puede cronificar.

Entre los dolores más frecuentes tenemos las cefaleas, con localizaciones y horarios variados, también los dolores faciales (órbitas, encías, lengua). Los dolores del pecho o precordialgias son clásicos con sensación de opresión torácica o de ahogo (se presentan sobre todo en crisis de ansiedad).

Se presentan además: dolores de tipo ciático, dolores de tipo reumático, dolores abdominales (diarrea y estreñimiento), agujetas musculares, parestesias (sensaciones de picazón u hormigueo).

1.1.5.10 Los trastornos sexuales

Las personas con depresión presentan una disminución del deseo sexual, el funcionamiento sexual precedente sufre modificaciones, con trastornos nuevos o agravamiento de los ya existentes.

En los hombres se presenta: impotencia con erección insuficiente, la eyaculación puede ser precoz o retrasada, o también se presentan orgasmos débiles. En las mujeres suele haber pérdida de interés sexual, frigidez o relaciones dolorosas.

1.1.5.11 Otras manifestaciones somáticas

Son numerosas, entre ellas tenemos: trastornos cutáneos, trastornos urinarios (más frecuentes en las mujeres y aumentan con la ansiedad), trastornos menstruales (irregulares y dolorosos).

Es común que el paciente con depresión presente una serie de malestares, que pueden ser severos: cefalea, dispepsias, boca seca, náusea, suspiros excesivos, sensación de respiraciones que no son suficientes, malestares musculares. En los niños se observa enuresis y en las personas mayores incontinencia urinaria.

1.1.5.12 Delirio

En latín “de lira” significa que se sale del surco, el delirio está configurado por ideas delirantes, que son pensamientos erróneos que no están acordes con la realidad. El delirio puede acompañar a una depresión y remitirá cuando esta cese. Al delirio se pueden añadir las alucinaciones, estas pueden ser auditivas, visuales o cenestésicas. La presencia de ideas delirantes es el reflejo de la intensidad del humor depresivo, los temas delirantes observados en el contexto de una depresión son: la culpabilidad, la indignidad (creen que no merecen vivir y viven en espera de un castigo expiatorio), la ruina (se convencen y esperan desastres financieros, robos, pérdidas de recursos), el fallecimiento (divagan sobre su muerte y la de sus seres queridos), la persecución (se cree víctima de los otros y de sus

malas intenciones), la negación de órganos o síndrome de Cotard (impresión de estar desangrados, de perforación en algún órgano, o de falta de uno), la incurabilidad (se cree víctima de una enfermedad incurable, con desenlace fatal).

1.2 Psicografismos

1.2.1 Psicología Iniciática

Está claro que la medicina y psicología occidentales nos permiten describir y analizar las enfermedades y conductas del ser humano y a partir de cada enfoque psicológico se desarrollan técnicas para liberarnos del pasado y gestionar mejor nuestro presente y futuro, sin embargo en las últimas décadas es cada vez mayor el número de profesionales que incluyen distintas tradiciones y prácticas orientales dentro de sus procesos de psicoterapia.

Según Dürckheim, “iniciare” significa “abrir el portón a lo más secreto e íntimo”, María Hippius define la terapia Iniciática como la gran terapia o la terapia nuclear, el objetivo de esta terapia es que el hombre conecte su vida mundana con su centro absoluto o sagrado. Esta terapia va de oscuro y tenebroso a la luz, aclarando lo oscuro, se trata de manifestar el ser, “Dürckheim afirma que cuando el hombre se dirige constantemente hacia la luz mediante ejercicios espirituales, pero descuida lo oscuro que hay dentro de él, puede quedarse con el diablo en la nuca” (Schiller, 2006, pág.192)

No se puede hablar de Psicología Iniciática sin las bases de Carl Gustav Jung que la cimentaron. No se puede negar la influencia de Perls con la Terapia Gestalt en la psicología Iniciática. Y no se puede concebir la Psicología Iniciática sin sus creadores Karlfried Dürckheim y María Hippius; Dürckheim proporciona una visión sobre la psicoterapia que se deriva de la interrelación entre las disciplinas meditativas orientales y la práctica psicológica, María Hippius inició la construcción de una terapia basada en la grafología y a partir de este enfoque desarrolla el dibujo dirigido, su terapia se orienta en la Psicología Analítica de Jung, e incorpora los conocimientos y las prácticas Zen, el budismo, el misticismo oriental y la psicología Gestalt. Tampoco se puede concebir la Psicología Iniciática en nuestro país sin considerar el trabajo de Vera Schiller de Khon, que introdujo en Ecuador la práctica de meditación zen y el uso del psicografismo.

1.2.1.1 Carl Gustav Jung

Carl Gustav Jung nació en 1875 en Suiza y murió en 1961, fue psiquiatra, psicólogo y ensayista, es considerado una figura clave en la etapa inicial del psicoanálisis; posteriormente fundó la escuela de psicología analítica.

Su abordaje teórico y clínico enfatizó la conexión funcional entre la estructura de la psique y sus manifestaciones culturales. Incorporó en su metodología nociones de antropología, alquimia, los sueños, el arte, la mitología, la religión y la filosofía.

Es evidente la influencia de los planteamientos junguianos basados en la individuación, sobre las terapias agrupadas dentro de la psicología humanista, que integran la psicología analítica con otras tendencias psicológicas, incluida la Gestalt, y disciplinas espirituales. Para Jung la psicoterapia no era un asunto médico sino fundamentalmente moral, por eso proponía la búsqueda individual del propio sentido. Coherente consigo mismo Jung esperaba que su trabajo brinde al analizado la oportunidad de seguir su camino propio de individuación.

Jung contribuyó extensamente al análisis de los sueños, según él la función de los sueños es restaurar el equilibrio psicológico del soñador, el contenido simbólico del sueño es una propuesta de solución de un conflicto, los sueños ayudan a la mente consciente a completar una visión parcial y sesgada. Jung piensa que los símbolos tienen un valor por sí mismos; los símbolos y las imágenes en el sueño son el lenguaje natural del inconsciente, Jung enfatiza los símbolos de carácter universal; ya que las temáticas universales encontradas revelan, en cada individuo, el “inconsciente colectivo”. Jung, en vez de limitarse a buscar contenidos sexuales reprimidos desde la infancia, pone más énfasis en la vida actual del soñador, intentando encontrar cómo el sueño puede ser un tesoro creativo. Jung en la práctica, solía trabajar con una variedad de métodos imaginativos, meditativos y artísticos para llegar a una interpretación. El sueño se considera “analizado” cuando el soñador le “da sentido”.

El gran legado de Jung es su teoría de los arquetipos, según su concepción el “inconsciente personal” contiene experiencias individuales olvidadas o reprimidas y todos los deseos e impulsos que no se han hecho conscientes; y el inconsciente colectivo es una parte del inconsciente, compuesta por contenidos inconscientes colectivos heredados, estos son los

arquetipos. En otras palabras los arquetipos son modelos dinámicos, o patrones de conducta universales, que se manifiestan a través de imágenes.

El trabajo evolutivo de llevar lo inconsciente a la consciencia fue llamado por Jung como “individuación”, y es un camino que se lo recorrerá a través de toda la vida. La individuación es un proceso mediante el cual el ser humano va integrando las diversas facetas de su psique hacia una unidad psíquica y espiritual, denominada como Sí- mismo, el cual es un arquetipo de la trascendencia. En lo cotidiano el Sí-mismo se manifiesta como un “testigo contemplativo”, y nos brinda el desapego o neutralidad en determinadas circunstancias.

Jung descubrió que las psiques masculinas alojan en su inconsciente una “mujer eterna”, que proviene del inconsciente colectivo, lo mismo sucede inversamente con la psique femenina. Jung denominó “ánima” a la imagen inconsciente femenina en el hombre, y “animus” a la imagen inconsciente masculina de la mujer. La madre inspira el ánima en su hijo y el padre el animus en su hija. Estos arquetipos son experimentados tempranamente sobre la madre y el padre, el niño asimila la imagen de los padres, la forma arquetípica de la pareja de dioses.

Los hombres suelen relegar al inconsciente su lado femenino y las mujeres su lado masculino, esto genera incompletud. El ánima en el hombre puede aparecer luminosa u oscura, como una virgen o prostituta, como musa inspiradora, o puede ser reprimida, una identificación completa con el ánima puede causar afeminamiento en el hombre. El animus en la mujer aparece como razón, búsqueda de conocimiento, voluntad, acción, la

identificación puede traducirse como masculinidad, dominio, poder. Sanar la pareja arquetípica interior, depende de sanar nuestra pareja de padres y nuestra relación con ellos, y también depende de la integración de los elementos masculinos y femeninos, conscientes e inconscientes.

Jung utilizó el término “sincronicidad” para señalar la interdependencia entre sucesos objetivos y fenómenos psíquicos, la sincronicidad se capta a través de la función intuitiva y sucede cuando se conectan de manera acausal estados subjetivos y hechos objetivos. El protagonista de los sincronismos es el Sí- Mismo, el cual produce una conexión invisible para la consciencia ordinaria

A través del psicoanálisis Jung reconocía la existencia del bagaje rechazado del inconsciente. Jung llamó sombra al conjunto de energías rechazadas y expulsadas al inconsciente, mientras el ego es lo que somos y conocemos de manera consciente, la sombra es la parte que no percibimos conscientemente; pero se manifiesta por medio de proyecciones, síntomas, imágenes oníricas, lapsus. La única manera de evolucionar es recuperando los aspectos negados o censurados, si no lo logramos se producen desequilibrios tales como depresión, sentimiento de culpa, obsesiones, adicciones, etc. Pues se sabe que la energía no se destruye sino se transforma y el material acumulado en la sombra, pugnará por salir.

Según Jung el trabajo individual con la sombra, propiciaría la solución de los problemas en el mundo, limpiar nuestra casa implicaría ser conscientes de nuestras proyecciones.

1.2.1.2 Friedrich Salomon Perls

Perls nació en 1893 en Alemania y murió en 1970. Él y su esposa Laura fundaron la Terapia Gestalt como una respuesta a su necesidad de desarrollar nuevas formas de tratar a sus pacientes, y como producto de la relación de Perls con la psicología de la forma, el psicoanálisis, el psicodrama y la escuela de teatro de Stanislavsky, el existencialismo y el zen.

En la relación entre la Psicología de la forma y la Terapia Gestalt, estas no deben ser confundidas, ya que como su nombre lo indica La Psicología o Teoría de la Gestalt es una teoría fundamentalmente de la percepción y la Terapia Gestalt desde sus inicios es una práctica clínica. Los primeros contactos de Perls con la Psicología de la Forma se dan en 1926 cuando conoce a Kurt Golstein el cual acuñó el concepto de auto-actualización, mediante éste afirmaba que todo organismo tiene la tendencia básica de la realización de todos sus potencialidades inherentes, Perls intuye la importancia de esta concepción que permitiría en el futuro la superación de dicotomías. La dualidad y disociación empieza a derrumbarse ante la visión gestáltica de la integración y síntesis. Los psicólogos de la Forma afirmaron que la percepción no consiste en la suma de partes, sino en la captación directa de totalidades significativas (gestalten), las mismas que son más que la suma de sus partes. Esta concepción es rescatada por Perls y la aplica al campo de la personalidad y del comportamiento, la motivación y las relaciones personales, él habla de la necesidad de que el terapeuta frustre al paciente, esto se da cuando el terapeuta mediante señalamientos acerca de la actitud, postura corporal, tono de voz, etc, permite que aumente el darse-cuenta del paciente, haciendo emerger aspectos del fondo que éste procura evitar.

Una ley fundamental de la Psicología de la forma es la de “pregnance” (cierre o buena configuración), y dice que una buena forma, es una forma cerrada, una forma abierta, tiende a alcanzar su completud, para Perls una situación inconclusa presionará sin cesar por completarse y si no se da un cierre la persona no estará disponible para otra experiencia. La gestalt incompleta se seguirá repitiendo constituyéndose en un esquema repetitivo de comportamiento, que impide el contacto con el presente, la energía es consumida por el pasado no acabado. La terapia Gestalt consiste en la búsqueda de la comprensión de la situación actual, cuando se aprecian las incoherencias de la situación actual, se procura reestructurar la relación figura fondo, rescatando los aspectos del fondo que el paciente evita, configurando así un gestalt completa. La Terapia Gestalt además, concibe al ser humano como una unidad, esta concepción se constituye en una herramienta terapéutica fundamental.

Junto con el concepto de autoactualización y de completación de gestalten buenas, la concepción organísmica constituye el fundamento de la teoría y práctica gestáltica, el hombre es concebido como un organismo unitario e integrado cuya tendencia es ser lo que es, no lo que otros quieren que sea, o lo que él cree que debería ser. En terapia, mediante el darse cuenta, se procurará aumentar la confianza del individuo en su sabiduría organísmica.

En cuanto a la relación de la Terapia Gestal con el psicoanálisis, Perl se formó como psicoanalista en el Instituto Psicoanalítico de Berlín, después en el de Frankfurt y por último en el de Viena, el psicoanálisis es una de sus más importantes fuentes. En Johannesburgo funda el instituto de Psicoanálisis, durante esta época se aleja del

pensamiento freudiano ortodoxo, rechazando la intelectualización y excesiva teorización freudianas. Entre las discrepancias se pueden considerar las siguientes:

- Perls no utiliza el concepto de represión, y para él la neurosis está dada por un comportamiento evitativo y es un trastorno del darse cuenta.
- Para la Terapia Gestalt los mecanismos de defensa consisten en comportamientos evitativos, en disfunciones del darse cuenta, en la práctica terapéutica no se interpreta los mecanismos de defensa del paciente, sino que se procura evidenciarlos en el comportamiento, en el área verbal y paraverbal del paciente.
- El hambre, concebido como un deseo de asimilación y crecimiento constantes, es según la Terapia Gestalt tan importante o más que la pulsión sexual.
- En cuanto a la transferencia, Perl concibió la relación terapéutica como un encuentro existencial, donde el terapeuta no es solo una pantalla para actualizar antiguas relaciones, y se la trabaja “trayendo” a la sesión a la persona con la cual se relaciona el afecto que se transfiere, el paciente participa corporalmente, realizando un diálogo imaginario, en el cual encarna el rol de sí mismo y el del otro.
- Para Perls consciente e inconsciente se constituyen en una unidad, un proceso con múltiples manifestaciones; la compulsión a la repetición es concebida en el psicoanálisis como la repetición del instinto de muerte, para la Gestalt consiste en un intento por llegar a una vida más completa.
- El “darse cuenta” o “awareness” en la Gestalt, no implica una experiencia puntual como el insight, sino un proceso continuo y permanente de consciencia.

- Perls consideraba a los sueños como mensajes existenciales, siendo esencial su comprensión para el desarrollo y crecimiento, para esto se actualizaban dramáticamente, todos los elementos del sueño, ya que se considera que cada parte del sueño corresponde a una parte alienada del yo, el terapeuta debe orientar al paciente en su imaginación, sus movimientos y su postura corporal, a fin de recrear la situación onírica.

No hay referencias específicas en cuanto a la relación del psicodrama, el método de Stanislavsky y la Terapia Gestalt, pero sus aportes se integran en la práctica de la Gestalt. La esencia del método de Stanislavsky consiste en que el actor se capacite para ser el otro y para convertirse en el representado, cuando encarna al otro y procura ver el mundo desde el lugar existencial del representado, podrá sacar de sí mismo todo lo que hay de él en el otro y del otro en él. El psicodrama reproduce en el ámbito del grupo psicoterapéutico, las situaciones que el paciente debe elaborar, el terapeuta organiza la situación y distribuye los roles.

El Psicodrama al igual que la Gestalt privilegia la participación del paciente y supone su participación integral. En la Gestalt no se trata de estructurar una situación con personas del grupo que representen distintos roles, se procura que el mismo paciente represente los distintos roles de las personas con las que tiene conflicto, esto le permite enfrentarse concretamente al modo en que fantasea sus relaciones con los otros y rescata las proyecciones de las que ha sido objeto.

Perls resaltó que la Terapia Gestáltica es existencial, ya que resalta el valor de la experiencia directa y no pretende ceñirse a un marco conceptual que la restrinja. El “darse cuenta” de Perls, la búsqueda de auto aceptación, el conocimiento del cuerpo como fuente de información y el situarse en el presente, determinan con su práctica un contacto con la experiencia.

El Zen propone comprender los límites de la razón y aceptar el desafío de lo que está más allá de las palabras, ese es el sentido de la meditación, esta práctica antes era considerada como patrimonio de las religiones; ahora la Psicología Transpersonal, la Gestalt y otras disciplinas, la conciben como una herramienta para la salud mental. La actitud contemplativa, silenciosa y comprensiva, ofrece el marco para una vida saludable. Perls rescata del Zen la importancia atribuida a la espontaneidad y al libre fluir del comportamiento. La herramienta fundamental del Zen para introducir al discípulo en la dimensión transracional es el “koan”, que es un problema aparentemente absurdo que el maestro entrega a su discípulo, éste deberá resolverlo más allá de la razón. En la Terapia Gestalt ocurre algo similar cuando el terapeuta hace evidente como forma, aspectos que el paciente los mantenía en el fondo.

1.2.1.3 Karlfried Von Dürckheim

Karlfried von Dürckheim nació en Munich en 1896 y murió en 1988. El sufrimiento humano y la cercanía a la muerte que experimentó a temprana edad, al participar en la Primera Guerra Mundial, cambiaron la orientación que tenía su vida. Al terminar la guerra tratando de entender o de dar un sentido a lo vivido estudia filosofía y psicología.

En 1938 por una misión cultural viaja al Japón, en donde permaneció por diez años, durante estos años Dürckheim se nutrió del Zen y practica la meditación, en este país conoció a D. T. Suzuki y suma a sus prácticas el dibujo y el tiro con arco. Conoce además las múltiples expresiones del zen en las artes marciales, la danza, los arreglos florales, etc.

“Observa la simplicidad aparente y búsqueda de la perfección en estas manifestaciones, a través de las cuales el practicante se va alineando dentro de sí hasta ser uno con aquello que realiza, y uno consigo mismo. El propio cuerpo es a la vez el instrumento y el resultado de la sincronización total del ser y del hacer; quien refina es refinado”. (Dürckheim, 2010).

Después de la guerra, Tokio fue ocupada por los estadounidenses, Dürckheim fue arrestado el 30 de octubre de 1945 por agentes de los EE.UU. Fue encarcelado durante un año y medio y calificó el tiempo en cautiverio como precioso, porque podía ejercer zazen y permanecer en inmovilidad durante horas. Luego regresó a Alemania, a un pequeño pueblo de la Selva Negra llamado Rütte. Ahí junto con María Hippus su compañera y luego su pareja, crean la Escuela de Terapia Iniciática, los dos dedicaron sus vidas al acompañamiento de personas que iban a Rütte buscando un cambio integral.

Dürckheim observa el abismo existente entre Oriente y Occidente en la concepción y tratamiento del cuerpo. El cuerpo en occidente es considerado un recipiente, un obstáculo al crecimiento interior, el pensamiento de Platón perdura en el tiempo, el cuerpo se revela como un obstáculo, resaltando la negatividad de lo material. La realización auténtica del

hombre no se encuentra en el cuerpo sino en la existencia espiritual, entonces el alma tendrá que liberarse de su cuerpo, ya que este impide alcanzar la plenitud de la verdad.

En la perspectiva oriental para alinearse con la naturaleza esencial, se inicia primero con el cuerpo, a través de experimentarlo plenamente hasta que responda a la dirección de la naturaleza pura y esencial del hombre. Para los japoneses, este alineamiento pasa por el centramiento en el Hara, centro energético de anclaje, fundamental para cualquier práctica, considerado como un núcleo de energía infinita no contaminada de ego, una especie de centro-raíz que nos conecta con la totalidad de nosotros mismos. Cualquier práctica o actividad que desarrollemos arraigados en él será realizada según el curso que debe suceder, sin intromisión de nuestros deseos o expectativas.

Dürckheim combina las ideas prácticas del budismo Zen, con la psicología profunda y el misticismo cristiano, creando un potente y práctico trabajo interno, que no pretende ser una teoría, ni filosofía religiosa, simplemente invita a trabajar con uno mismo, tomando los conocimientos de los sabios orientales. El método de Dürckheim no pretende ser un dogma, comienza y termina con el individuo en su camino único y proporciona un proceso para la expansión de la conciencia que él llama la Rueda de la metamorfosis. Estas son disciplinas internas que cada uno debe aplicar a sí mismo. Los ejercicios, prácticas y puntos de vista que ofrece Dürckheim buscan que el ser humano sea trascendente, es decir un ser consciente por medio del cual se irradia la vida divina. Se hace hincapié en el trabajo con el cuerpo como la clave para llegar a la conciencia, ya que asegura que una postura incorrecta se arraiga y bloquea las fuerzas de renovación y preservación del ser. Por eso es necesario trabajar en la postura, tensión y respiración y la práctica principal para lograrlo es la meditación.

Dürckheim habla de la "vigilancia crítica", que significa conciencia continua interna, es decir, auto-observación. Esta tiene la intención de llevar a un crecimiento de la conciencia que nos permite percibir todas las desviaciones de nuestro centro correcto. Dürckheim relacionó las actitudes psicológicas y las tensiones corporales. Liberarse de estas tensiones no es simplemente un esfuerzo mental, sino que requiere disolver los nudos físicos y posturas distorsionadas que expresan estas actitudes, las mandíbulas apretadas, el estómago apretado, hombros tensionados nos mantienen fuera del centro.

Karlfried encontró en las filosofías y religiones orientales una comprensión mayor de la mente. Dürckheim integra dentro de sí la semejanza esencial de los mensajes de Meister Eckhart con los del Buda, concibe que la budeidad es inherente a todo ser humano, esta comprensión puede darse por medio de experiencias trascendentes, pero para que esta perdure es necesaria la transformación de la personalidad, esto se lo logra con la práctica. Es decir no se trata solo de tener una experiencia numinosa, es una tarea constante en la que cada acto es el reflejo de una vida centrada en la meditación.

1.2.1.4 María Hippius

María Hippius nació en 1909 en Wiesbaden y murió a los cien años, a sus tres años sus padres se divorcian y ella es separada de su madre, esta experiencia según Hippius fue su primera iniciación. Estudió Psicología en Berlín, Friburgo y Leipzig, y desde el inicio concibe a la psicología como integral.

Cuando María Hippius tenía 20 años y estudiaba psicología, asistió a una conferencia en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Freiburg. Los pacientes eran llevados a la sala de clase para ser examinados por el profesor. Ella al escuchar a uno de los pacientes, sintió que este caía en la conversación cada vez más en sí mismo. Para ella fue una forma útil e iluminadora en la que este hombre representaba el sí mismo, entonces se le presentó como un rayo que la iluminaba el pensamiento de que ellos no son los locos “nosotros somos los locos, la verdad más pura viene de aquellos”, pero existe una cuota que el hombre tiene que pagar con condición social, que irrumpe en el tratamiento de su alma y espíritu. Luego de graduarse, se casó con Rudolf Hippius, con quien tuvo tres hijos, su esposo fue detenido en Praga y se cree que murió en un campo de concentración.

Durante el período de la posguerra se encuentra con Dürckheim, la síntesis que se da entre los conocimientos de los dos se convierte en un fructífero trabajo desarrollado en Rütte, a este lugar acudían personas de todos los países, ya que en esa época era uno de los pocos que existían en Europa con un enfoque de psicología holística.

Como parte de la terapia de iniciación se ofrecían diversos medios y métodos para trabajar con el “núcleo sagrado”. En Rütte ofrecían asistencia para el resurgir de un nuevo hombre. Al arrojar luz sobre la historia de vida a través de los sueños, el cuerpo, la respiración, la voz, el movimiento y la música, viene un proceso que se refleja a través del procedimiento del dibujo guiado. El desarrollo de una Grapho terapia dio lugar a una eficacia psicoterapéutica, entonces el dibujo era guiado a una metodología confiable.

Según Hippius el hombre cae en emergencias neuróticas, el desarrollo no trabajado causa cisma y depresión, ya que cada vez más se acrecienta el impulso a actuar, y cuando no lo logra, finalmente genera enfermedades psicosomáticas. Del estancamiento, la complicación, la depresión, la pérdida, la enfermedad, surge la estructuración y la diferenciación, mediante la expansión de la conciencia. Alcanzar una nueva integridad con partes claramente diferentes es el fruto del esfuerzo, el problema de desarrollo se refiere específicamente a aquellas personas que deben aprender a vivir de manera más sensible, más arriesgada de lo que el parámetro de la colectividad lo permite. ¿Cómo puede el hombre mostrarse maduro para este crecimiento? Una de esas medidas es aprender a ser.

1.2.1.5 Vera Schiller de Khon

Vera Schiller de Khon nació en Praga en 1912; vino al Ecuador con su esposo, huyendo del nazismo, actualmente vive en Quito. Apasionada por la actuación cree que su sueño se hace realidad, cuando un director alemán llega a Quito, entonces forma parte del teatro de cámara alemán, sin embargo empieza a experimentar sufrimiento cuando tenía que dejar de actuar, regresar a la realidad de su vida cotidiana, representaba para Vera un gran dolor, a pesar de eso insiste en ser actriz.

En 1957 decide ir a Viena a visitar a su hermana, ahí trabaja utilizando poesía ecuatoriana y dando a conocer nuestro país. Tras una disociación psíquica busca a Dürckheim y María Hippius, con ellos permanece durante tres años en Rütte, mientras recibe sus enseñanzas, Dürckheim le envía pacientes para que los atienda, luego regresa al Ecuador y estudia Psicología en la Universidad Central.

A inicios de los 60 funda el Centro de Desarrollo Integral en Quito, en el cual se trabaja con la Psicología Iniciática, brindando así, un lugar para las personas que buscan una integración. Vera es considerada una maestra que vivió escisiones y rupturas, y desde sus vivencias y experiencia dirige talleres, seminarios y conferencias, espacios en los cuales trasmite sus enseñanzas.

Vera utiliza el método del psicografismo para entender los misterios del inconsciente. Para ella el psicólogo puede guiar a la persona a descubrir su lado oscuro, pero sólo la puede guiar hasta donde él mismo ha superado sus dolores y sus traumas, ya que trabaja con lo que es, no con lo que sabe. Concibe al igual que Dürckheim al terapeuta en el sentido original de la palabra, como un compañero en el camino y no como aquel que cura.

Si se opta por la psicoterapia o un camino espiritual para superar el sufrimiento o los trastornos, los dos caminos coinciden en que es un proceso doloroso de autodescubrimiento y aceptación; los dos consideran además que el ser humano posee recursos internos a los cuales se puede acceder. El trabajo con los psicografismos se constituye en un ejercicio de integración, entre la psicoterapia y la espiritualidad, la repetición constante del trazo le da una calidad trascendental, que hace que la mano parezca guiada por el inconsciente.

“Siempre se conduce al individuo a un encuentro personal con el gran ser y entonces las experiencias iniciáticas -antes conocidas como experiencias místicas- se multiplican. Son como un grito, un terremoto, una explosión o un romperse a sí mismo para llegar a ser”.
(Schiller , 2006, pág.134).

El acceso a la totalidad permite superar la dualidad, esto implica desprenderse y admitir que cada uno transita por la vida de manera singular. La transformación no se alcanza con medicamentos, ya que los síntomas son la materia prima, son los elementos que se transformarán, entonces no hay que eliminarlos con medicinas. Está claro que al utilizar drogas se alivia el malestar del paciente, pero este camino hace muy poco o nada para promover un cambio profundo en la persona.

El proceso psicoterapéutico desde el enfoque de la Escuela Iniciática, busca restablecer la totalidad del individuo, el terapeuta acompaña a la persona a que encuentre su plenitud inicial. Se busca despertar las fuerzas del ser que yacen en el inconsciente mediante el uso del psicografismo, el mismo que incluye el trabajo meditativo; los símbolos que surgen en el psicografismo, le permiten a la persona dar un salto a lo trascendente.

1.2.2 Definición de la técnica del psicografismo

María Hippus después de años de estudio y de una amplia experiencia en la práctica de la grafología, creó el “dibujo dirigido”, conocido en nuestro país como psicografismo.

“Es un método de dibujo que se parece a una composición de signos...Se trata de un método meditativo-activo evocador que lleva al alumno a representar las imágenes primordiales del SER. El alumno sigue de esta manera, gradualmente, un proceso de conocimiento del camino y de sí mismo en que al mismo tiempo se afinan su conciencia de sí mismo y sus capacidades sensoriales de percepción. El método permite rescatar del

inconsciente, para después integrarlas, las energías ocultas que atestiguan la riqueza y la multiplicidad de las formas potenciales”. (Dürckheim, 1989, pág. 250).

El “dibujo dirigido”, es un diagrama del estado esencial y actual del ejecutante, en el que la expresión más íntima del ser se expresa en un acto. La finalidad de este trabajo es liberar los dones originales, pues mientras esten bloqueados o no desarrollados alterarán la evolución natural del hombre. Se utiliza la palabra “dirigido” porque los trazos son dirigidos por el paciente, no por el terapeuta. El profesional acompaña el proceso, insinúa, pregunta sobre el dibujo, ayuda a que las experiencias pasadas sean llevadas al presente.

En estados más desarrollados de la personalidad, la dirección surge de lo que comúnmente se llama inspiración e intuición, las cuales pueden experimentarse como un “estar siendo guiado”. Entonces fluye la auténtica creatividad ya que se rescata al hombre íntegro.

“Cuando gracias a la asociación de sus elementos inconscientes de luz y de sombra, el alumno aprendido a utilizar el <juego> de sus propias fuerzas, siente espontáneamente la fuerza liberadora y formativa de su centro”. (Dürckheim, 1988, pág. 253).

El dibujo aporta posibilidades específicas, conduciendo a una profundidad iniciática, esto se logra dejando que las manos se muevan libremente, sin intención de crear una forma determinada. Después de muchas repeticiones, se experimenta una sensación de distancia que permite superar la percepción del tiempo y donde experiencia y acción coinciden. Músicos y actores suelen dar testimonio de esto, cuando después de mucha práctica, llegan

a dominar la técnica y hacer suyo el sentido de la obra, entonces logran abandonarse a la creatividad.

1.2.3 Directrices

Para realizar un psicografismo según Vera Schiller se deben considerar los siguientes puntos:

- Espalda recta, pies apoyados en el piso, hombros relajados.
- Respiración profunda, acentuando la exhalación, lo cual alivia tensiones y fomenta la espontaneidad.
- El dibujante debe concentrarse en su respiración más que en el tema del dibujo.
- El Psicólogo lo llamará por su nombre de pila mientras lo acompaña. Ya que el apellido puede estar cargado de asociaciones traumáticas.
- El terapeuta estimula al dibujante invitándole a que dibuje con libertad y movimientos amplios.

1.2.4 Método

Al iniciar la sesión, se puede dar la siguiente indicación: “Dibuje algo. Escoja dos colores a su gusto y fije el papel con un adhesivo a la mesa. Elija un lápiz para cada mano y cierre los ojos”.

Algunos dibujan con gusto y les agrada la posibilidad de expresarse. Otros pueden negarse a hacerlo (por temor a una evaluación del terapeuta). En este caso, se le explica que no es necesario hacer algo bonito o perfecto; se le pide que deje que sus manos se muevan libremente, que dibuje lo que pueda, que no importa lo estético, o que trace sólo unas simples líneas.

“No se trata en este caso de realizar voluntariamente formas con un fin artístico intencional, sino de un movimiento espontáneo que permita manifestarse libremente a las fuerzas encerradas en el inconsciente, encontrando su expresión liberadora”. (Dürckheim, 1989, pág. 249).

Entonces el SER se revela por medio del movimiento, y aparecen rayas, arcadas, ángulos, figuras geométricas. El primer dibujo casi siempre expresa el problema básico y dará una base simbólica para la conversación; se le pide entonces al paciente que reproduzca estas formas con una o con dos manos, que haga asociaciones, que hable de lo trabajado, qué significa este dibujo para él.

En este estado inicial, el individuo proyecta sus defensas, y sus respuestas pueden ser: “Es una línea... Es una casa... No sé... No veo nada... Dibujo feo... No sé dibujar”. O exterioriza su falta de inhibiciones, como es el caso en estados maníacos. El psicólogo encuentra algo positivo en todos los dibujos y hace caso omiso de las faltas, de las formas aparentemente anormales o de lo que encuentre patológico. Este criterio de lo positivo se basa en la noción de que todo individuo, por más confuso que esté, conserva parte de su personalidad intacta. Después del estado inicial que nos da la base, el psicólogo procede a acompañar al sujeto, para que cumpla con este proceso:

- Se busca llevar al paciente al equilibrio
- En lo confuso buscará un punto tranquilo, armonioso
- Lo diminuto será objeto de estímulo, para que sea agrandado
- Las agresividades no serán reprimidas sino canalizadas con ejercicios de exhalaciones fuertes.

1.2.5 Vera Schiller y los psicografismos

Ver en su experiencia descubrió la importancia de complementar en el psicografismo, o de añadir lo que la persona no tuvo y necesita, es decir utiliza el psicografismo para sustituir

lo que le faltó al sujeto, por ejemplo ella relata la experiencia de una paciente que recibió un abrigo rojo como regalo de su madre, cuando su hermana la vio se enojó con ella y la lanzó al agua, en el psicografismo la paciente es sacada del agua. “El psicografismo es la realización simbólica a través del dibujo, y ese símbolo se refleja en el cuerpo, se manifiesta corporalmente” (Schiller Vera, entrevista, 2011).

Es importante que la sensación expresada en el papel sea reubicada en el cuerpo, para que se movilice la suficiente energía, se puede usar por ejemplo la danza, entonces el círculo inconcluso puede llegar a cerrarse.

Además, Vera relacionó el test del árbol con el psicografismo, en cuanto a la ubicación del dibujo y recomienda considerar lo que hace falta en los espacios, ya que eso se relaciona con los primeros años.

Inhibición retirada nada	El cielo mental Inconsciente	Lo La muerte la meta
La madre pasado introversión	EL SER	Padre Futuro Extraversión
El comienzo El origen	Materia Ego	Pulsiones

1.2.6 El uso de psicografismos en ésta investigación

Se podría decir que una de las condiciones básicas para hablar de una persona “sana”, es que esta se sienta bien con las cosas que hace, en el trabajo, en sus relaciones, etc; además estas personas tienen la capacidad de responder, una persona con depresión es incapaz de responder, incluso la perspectiva del placer puede ahondar su depresión. Los casos tratados no presentan sintomatología extrema, y en el universo con el cual se trabajó los pacientes realizaban las actividades de una manera aparentemente normal, excepto en el caso de Fernando cuya depresión endógena con sus consecuencias, le impedían trabajar.

Cada caso es diferente, hay pacientes que responden a un tratamiento y otros no, y cada caso es distinto pues cada persona es moldeada por un sinnúmero de factores. Sin embargo hay características que son comunes, y durante esta investigación, se pudo detectar las siguientes características cuando los pacientes se presentaron a la primera sesión:

- La respiración de las personas con las que se trabajó era muy superficial, la voz tenue y plana, tensión muscular.
- Tendencia a vivir en el pasado y en el futuro, negando el presente
- Pérdida de contacto con el cuerpo, no se daban cuenta de las limitaciones que tienen por la rigidez muscular.

- Expresión limitada de emociones y sentimientos, en especial aquellos que no son aceptados a nivel social.
- Búsqueda de metas ilusorias
- Desesperanza
- Falta de responsabilidad personal, es decir una tendencia a transferir los problemas o culpas a los demás

Además de escuchar su motivo de consulta, para trabajar con psicografismos es esencial recordar al paciente la respiración abdominal, la cual podemos ver en niños pequeños, pero que se va bloqueando con el transcurso del tiempo. Al mejorar la respiración el paciente se sentirá menos inhibido o tenso.

Para los japoneses el vientre es el centro vital del hombre, Dürckheim decía que los japoneses son conscientes de que la vida en la tierra, tanto en su necesidad como en su realización, se la alcanza si el hombre no sale del orden cósmico y mantiene su contacto con la gran unidad original y para mantener ese contacto está el hara, según Lowen aceptemos o no este punto de vista, no podemos negar que el vientre es donde tiene lugar el inicio de la vida de un individuo. Según los japoneses un hombre centrado tiene hara y esto implica que está centrado física y psíquicamente. En la mitología antigua se comparaba el diafragma a la superficie de la tierra, lo que está encima es luz o consciente

y lo que está debajo es oscuridad o inconsciente, si uno se mantiene, encima del diafragma se separa de las profundas raíces del inconsciente, estar en el hara entonces, evita la separación entre consciente e inconsciente. Hara representa el estado de unidad en todos los niveles de la vida. Hara representa un estado de trascendencia, en el que el individuo a través de la realización de su ser, se siente parte de la gran unidad del universo.

Si bien el proceso al trabajar con psicografismos no es directivista y se estructura de acuerdo a los avances o necesidades del paciente, en general se puede decir que cada sesión tuvo las siguientes partes:

- Discurso con el que se presentó el paciente.

Los pacientes generalmente traían un discurso o alguna necesidad que querían tratar, otras veces hablaban de lo sentido o de sus avances durante la semana, se los escuchó y observó para encontrar en su discurso aquello que realmente era lo esencial en su problemática.

- Inducción

La postura en psicografismos es importante, el individuo se sienta, manteniendo en contacto el vientre con el suelo pélvico, los órganos sexuales y sus piernas, los pies además deben estar bien asentados en la tierra; se busca enraizar al individuo y esto implica sensibilizar su vientre para que pueda sentir sus entrañas y sensibilizar sus piernas, para que estas sean sus raíces, entonces la persona sentirá que pisa firme en la tierra y que

puede desplazarse libremente, esto le permite estar en contacto con la realidad, estar arraigado es no estar colgado. Cuando una persona se deprime es señal de que no ha estado viviendo con los pies sobre la tierra y carece de fe en sí misma, ha sacrificado su independencia a cambio de la ilusión de satisfacciones que vienen de otros o de afuera, para dejar la depresión deberá tener la decisión de ser una persona autónoma. Entonces la falta de esperanza, las metas ilusorias, los bloqueos musculares, la falta de expresión de emociones, el vivir en el presente o futuro, son más fáciles de trabajar ya que al enraizar a una persona le devolvemos la confianza básica.

Luego de enseñar la postura adecuada al paciente, el terapeuta decide si es necesario algún tema para ejecutar el psicografismo. Son diversas las formas en las que se inició un psicografismo, cuando los pacientes llegaban muy cargados de emociones o con mucho malestar, se les pedía que dejen en el papel lo que sienten (ira, tristeza, deseos de llorar), el psicografismo de esta manera les servía de desahogo; otras veces se guió a los paciente para que respiren más profundamente y cuando estaban relajados se les pedía dibujar permitiendo que sus manos les guíen, esto permite que los pacientes dejen de intelectualizar y paren por un momento su pensamiento, entonces fluía con mayor facilidad la información del inconsciente.

- Ejecución del psicografismo

A veces con pacientes que controlaban sus trazos fue necesario estimularlos con un discurso mientras dibujaban, advirtiéndoles que no es necesario dibujos o gráficos o diseños estéticos; algunos pacientes después de trabajar varias sesiones ya no esperaban

ninguna dirección, solo se ponían en la posición adecuada y trazaban. De cualquier manera el paciente siempre ve algo relacionado con la problemática que necesita trabajar, para ilustrarlo tenemos el psicografismo de la paciente Virginia, ella llegó a la sesión con un discurso sobre su madre, decía que quiere parecerse a ella en lo bueno y que le da miedo parecerse en lo malo, se le pidió que deje ese miedo en el psicografismo, entonces ella vio en este a una “virgencita”, frente a ella un pene y en el centro unas tijeras que los separa. La paciente luego del desarrollo del trabajo, concluye que quería ser una virgen porque cuando era niña, presencié las relaciones sexuales que su madre tuvo con algunas parejas, esto le causaba asco y tenía dificultades con su pareja, entonces ella quería ser una virgen sin esos deseos, el tener a su hijo era una confirmación de que ya no era virgen y a partir de su nacimiento, las relaciones sexuales con su esposo se hicieron menos frecuentes y más difíciles.

Si varias personas miran este psicografismo (ANEXO 2), todas verán cosas distintas o simples trazos, sin embargo la paciente que hasta esta sesión no hablaba de su relación con su esposo, vino con una preocupación sobre su madre, y en el psicografismo se devela el motivo de su sufrimiento.

- Proceso de análisis, aceptación, absolución, aplicación.

Cuando los pacientes observan lo trazado generalmente hacen un comentario “es lo que siento”, “pensé que dibujé otra cosa”, “no me di cuenta de lo que hacía”, pueden ver algunas veces con facilidad objetos o situaciones, cuando hay resistencias suelen decir “no veo nada”, “no sé que es” o prefieren el silencio. A veces fue necesario pedirles que giren

el papel o que vean lo dibujado desde otro ángulo, entonces cuando veían algo, se utilizó las técnicas de comunicación necesarias para que el proceso sea productivo: Reformulación de contenidos (para que el paciente mejore su percepción, llevándolo a nuevas interpretaciones), recopilación (para centrar al paciente), interrogación (para indagar o hacerlo reflexionar), proporcionar información (aclarando lo desconocido o distorsionado), generalización (para eliminar el sentimiento negativo de singularidad), confrontación o señalamiento (para llamar la atención sobre puntos muy relevantes que se pasaron por alto), reflejo de sentimientos (para alentar su expresión), etc.

El paciente suele analizar y reflexionar conforme va desarrollando su discurso, hace asociaciones de lo que ve con lo que está viviendo, entonces llega a la aceptación, ya que al graficar la persona encuentra más fácilmente una solución a sus dificultades y aunque el trabajo se lo hace “aquí y ahora”, el paciente experimenta luego una sensación de continuidad y puede aplicar lo entendido a otras circunstancias en su vida.

Para ilustrar lo explicado se toma por ejemplo una sesión con Ana, ella llegó a la consulta preocupada por una amiga, cuya mamá según ella lo comentó es “peor que la mía, le dice gorda, fea”, luego se quejó de su ex - esposo y lo enojada que ella está por su falta de colaboración. En el psicografismo se le pidió que se centre en su respiración y deje que sus manos se muevan libremente (ANEXO 3). Al abrir los ojos comentó “Dos fuerzas, están unidas se relacionan una con otra, todo fluye más libremente en la derecha”, dijo que en la derecha hay una meta a la que quiere llegar, “me siento ubicada en el medio, tengo que vencer para llegar, tengo opciones, salidas”, “el izquierdo parece que no fluye, el derecho lo hice más claro, me inclino más por ese”, se le pidió que observe más al izquierdo y que diga por qué no fluye, ella contestó “tal vez no sea adecuado lo que voy a decir, pero no

me gusta porque es redondo, como mi imagen redondeada”, con su dedo señaló en lo graficado el busto, la pierna, el rostro y habló de su falta de aceptación, no le gusta su cuerpo y dijo que siente que se decepciona a sí misma, pero que a los demás no decepciona, incluso con su ex - esposo es buena y lo ayuda cuando necesita. Se le preguntó si alguna vez aceptó su cuerpo y dijo que cuando estaba casada, porque pensaba que al casarse ya lo tenía todo y el matrimonio le daba seguridad, ahora que está sola se decepciona nuevamente. Se le dio otro papel y se le pidió que deje ahí su decepción (ANEXO 4), cuando vio el lado izquierdo dijo que ese es su ideal, ya que se ve más estilizado y en el lado derecho están todas las ideas o esperanzas que tiene para el futuro, entonces trazó rayas a la derecha son la decisión de cuidar más su cuerpo, de tratar de verse mejor. Se le pidió que se dibuje como se ve ella y decidió dibujarse en el centro (en el mismo papel, con ojos abiertos), comentó que no se ve tan mal, que está con pantalones porque ella los usa siempre, pues las faldas mostrarían sus piernas gordas. Entonces se le pide que se pare y con su manos haga los movimientos ondulantes del primer psicografismo, intentó hacerlo y comentó que ella no puede hacer esos movimientos, que su cuerpo es rígido “me dibujé con un cuerpo de hombre y mi cuerpo está tieso como en el dibujo”, sorprendida de lo que dijo comentó con sorpresa “!por eso me casé con X porque él tiene lo que yo no tengo, es como debería ser yo!”, entonces se le dice “usted también hizo la elección al casarse” (porque en sesiones anteriores acusaba a X de escogerla para tapar su homosexualidad, ubicándose como víctima), reflexiona y contesta “claro por eso me casé tan pronto, sin conocerlo”.

Como se puede ver, la preocupación inicial de Ana por su amiga era su preocupación, o el reflejo de la falta de aceptación de su cuerpo, por medio del dibujo ella va entendiendo y va desarrollando un discurso que culmina con un insight, con el cual ella comprende que también hizo una elección, entonces ya no se puede ubicar en la posición de víctima en

relación a su ex - esposo. El insight se facilita cuando se le pide que haga movimientos ondulantes, para conectarla con su feminidad, entonces ella comprende sus limitaciones y la búsqueda que hizo en el otro para cubrir esta carencia.

Se debe tener en cuenta que el paciente crea dibujos que tienen una relación exacta con su estado psíquico, pero es necesario recordar que la información a la que podemos acceder por medio del psicografismo, requiere de la palabra, de un sentido y este lo da el paciente acompañado por el terapeuta. Pues si solo se tratara de dibujar, tendríamos que pensar que todo artista se cura por si solo al crear una obra.

Cuando surgen símbolos se puede utilizar además de movimientos, respiraciones y visualizaciones, para vivirlos e integrarlos. Por ejemplo en una sesión con Verónica, ella llegó triste porque se acercaba el aniversario de la muerte de su padre, al hablar recordó un sueño “bonito” que él tuvo antes de morir, en el psicografismo se le pidió que exprese el sueño de su padre (ANEXO 5), lloró mientras dibujaba y al abrir los ojos dijo “no pensé que era negro, creí que era otro color”, “todo lo veo negro”, miró el lado izquierdo y dijo que esa es su esperanza (color rosado), en el color negro vio el rostro de una mujer, con sombrero negro y una mantilla que cubría su rostro, entonces dijo “estoy envuelta”, se le preguntó “¿envuelta?”. Responde que recordó una historia de alguien que cargaba un quintal de papas y las papas eran el rencor, la tristeza, el pesimismo, “estoy cargando un quintal de papas” y dijo que no puede quitárselo de encima, entonces se le aplicó presión en su espalda y hombros y se le dijo “entonces carga el quintal de papas”, lloró un rato y luego hizo intentos de soltarse, repitiendo constantemente “no puedo, no puedo”, a lo que se le respondía “entonces sigue cargando”, después de varios intentos cogió con fuerza las manos del terapeuta y se soltó, entonces empezó a reír y dijo que sintió una fuerza que

pensó que no la tenía, y que al principio no sabía cómo actuar y pensó en usar sus manos pero no sabía si era correcto o no, entonces dejó de pensar y solo lo hizo y comenta “debería actuar más y pensar menos”, luego miró a la mujer del dibujo y dijo “está tapada, no se deja ver, se inmoviliza está llena de cargas”, cogió una crayola blanca y la pasó sobre el color negro, al ver que era inútil quitar el color negro de esa manera, dijo que lo mejor será usar la fuerza del color rosado y de un sol para que la mujer se libere, entonces dibujó un sol, que para ella es energía y vida, como ya había hablado en sesiones anteriores de la fuerza del sol, se le pidió que visualice el sol y que respire y en cada inspiración sienta que absorbe la energía y vida del sol. Como se verá en los resultados Verónica progresa notoriamente en sus sesiones, esta fue importante ya que ella se pudo conectar con su fuerza, con aquel poder que ella pensaba no lo tenía. Cuando Verónica hablaba de su padre, en los psicografismos ponía un sol, y hablaba de su padre como la fuerza y la vida, igual que cuando hablaba del sol, como dijo un autor anónimo “Una vez es casualidad, dos coincidencia, tres tendencia”, en los psicografismos surgen elementos o símbolos y hay que indagar en ellos, ya el paciente suele encontrarles un sentido que enriquece su proceso.

En algunas ocasiones también se usó como recurso el estimular a los pacientes a regresar a etapas infantiles, para que experimenten la privación y enfrenten los conflictos causados, con sus emociones y sentimientos asociados, el objetivo es superar esa fijación infantil para que pueda funcionar como adulto; ya que si estas necesidades siguen influyendo, el paciente estará expuesto al vaivén de sus emociones.

Las necesidades insatisfechas durante la infancia, no se pueden recuperar con figuras sustitutivas, el adulto tiene que encontrar la seguridad en sí mismo. En los casos con

depresión es necesaria cierta reeducación y transformación de la personalidad, pues esta suele darse por un desarrollo erróneo de la persona que por lo general se remonta a la infancia.

- Cierre

Es necesario dejar que el paciente decida qué hacer con su psicografismo, algunos deciden aumentar trazos o cortarlo, romperlo, quemarlo, pegarle otros elementos, muchas veces esa decisión o acto se convierte en una resolución, o da lugar a nuevas inquietudes que deberán trabajarse.

En síntesis, al usar la técnica del psicografismo se deben considerar los siguientes pasos o criterios:

- Discurso con el que se presenta el paciente, el terapeuta escuchará con la debida atención el discurso, para detectar lo esencial de este.
- Inducción, se le da al paciente las recomendaciones previas para ejecutar el psicografismo y se determina qué se trabajará en el psicografismo.
- Ejecución del psicografismo, el terapeuta determina si es necesario estimular al paciente para que lo ejecute con alguna intención o no.

- Proceso de análisis, aceptación, absolución, aplicación, el terapeuta facilitará este proceso, utilizando las técnicas necesarias de comunicación. El análisis implica tener una visión clara de la situación o problemática, la aceptación es aceptar lo vivido, la absolución no implica perdón, sino más bien la comprensión de las circunstancias que generaron lo sucedido, es la transformación de una experiencia desde el punto de tiempo y espacio en que fue vivida por el paciente, la aplicación se refiere a la posición en la que se ubica la persona a partir de lo vivido, es decir que construye a partir de su historia.
- Cierre, es necesario dar la opción al paciente de decidir qué quiere hacer con el psicografismo para dar por concluido el trabajo.

1.2.7 El símbolo

En los psicografismos surgen símbolos, no es solo lo que piensa o dice el sujeto, sino también lo que no dice, ya que es el arquetipo el que se revela. Los trazos o líneas ayudan a reconstruir y canalizar energías.

“.....surgen imágenes que son verdades interiores que van más allá del análisis de pensamiento. Por eso es fácil trabajar con el símbolo y no hay necesidad del análisis mental. A través del símbolo se produce lo que Jung llama el proceso alquímico. El alquimista, al transformar la materia real a través de un determinado trabajo, paralelamente genera una transformación psicológica”. (Schiller, 2006, pág. 52)

El Inconsciente se expresa simbólicamente a través del dibujo, en este a través de repeticiones se va transformando, se da un proceso alquímico en el papel, entonces este es roto, enmarcado, desechado o quemado. El caos inicial visto o vivido por el paciente se convierte en un nuevo inicio.

El símbolo suele manifestarse cargado de emoción, en la terapia se lo dirige al cuerpo o se lo representa; al personificarlo como en la terapia gestalt, se le da vida, al incorporarlo pierde su calidad amenazadora y se convierte en una fuerza transformadora.

Al ser el símbolo una expresión del mundo interno, es de interés de aquellos que buscan un proceso de transformación. Proceso que no es sencillo ya que el símbolo no puede ser reducido o definido mediante palabras, ni ser interpretado por medio de patrones estereotipados, pues poseen aspectos inconscientes que no se pueden definir con precisión y sus significados son múltiples y paradójicos. Sin embargo al utilizar el psicografismo, la persona se expresa y se da cuenta de su situación ya que el símbolo expresado en el papel es más accesible para el entendimiento de la persona, este expresa las necesidades internas del sujeto y su efecto es creador y estimulante.

1.2.8 Integración de los contrarios

Lo vivo tiende hacia el equilibrio, cuando éste se logra hay armonía, la cual se establece cuando dos opuestos se igualan, cuando se funden. Este estado que todo hombre anhela consciente o inconscientemente es lo que en el uso del psicografismo interesa; la síntesis entre los opuestos es la base y el resultado que se busca en este trabajo. La línea o el

dibujo ayuda a ver en qué dirección se ha desviado el equilibrio, el dibujo dará las claves para restablecer la armonía.

Jung decía que el gran problema de la psicología es la reintegración de los contrarios, es lo que la alquimia llama "conjunción de dos principios". Jung comprendió la alquimia no sólo como una pre-química o una "ciencia experimental" embrionaria, sino una técnica espiritual. Jung llegó a la conclusión de que el objetivo de los alquimistas era liberar al Alma de la materia, él se sorprendía ante la semejanza entre los procesos alquímicos por los cuales se pensaba obtener la piedra filosofal y las imágenes en los sueños de algunos de sus pacientes que estaban trabajando en la integración de su personalidad. Después de quince años de investigaciones y de observaciones, Jung concluye que las operaciones alquímicas eran reales, sólo que esa realidad no era física sino psicológica.

“Solo cuando estudié la alquimia vi claro que lo inconsciente es un proceso y que la relación del yo con los contenidos del inconsciente motiva una transformación o evolución de la psiquis...A través del estudio de los procesos individuales y colectivos de transformación y mediante la comprensión del simbolismo de la alquimia llegué al concepto central de mi psicología, el proceso de individuación” (Jung, 2008, 248)

El misterio central de la alquimia, persigue justamente la síntesis de los opuestos, la asimilación del "Negro", la integración del Diablo, de la Sombra. Al modo de ver de Jung, el hombre no puede alcanzar la unidad más que en la medida en que logra superar los conflictos que lo desgarran interiormente

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 Antecedentes

La investigación se realizó en el Consultorio Psicológico de la PUCESA, el mismo que durante los semestres 2010-2011, ha dado atención a la comunidad interna y externa, ofreciendo los servicios de psicoterapia individual, psicodiagnóstico, asesoría y psicoeducación. Por medio de conferencias y talleres el Consultorio Psicológico ha participado en la Comunidad, lo cual ha permitido que actualmente cuente con una considerable afluencia de usuarios que solicitan atención psicológica.

En el Consultorio Psicológico de la PUCESA se han tratado problemas como: conflictos familiares, de aprendizaje y de conducta, se detectó maltrato infantil y frecuente sintomatología depresiva, que variaba en frecuencia e intensidad. Se atendieron personas que presentaban; estado de ánimo triste y/o ansioso, irritabilidad, sentimientos de desesperanza, pesimismo, culpa e inutilidad, alteración del sueño y de los hábitos alimenticios, etc; estos son algunos síntomas de la depresión, los mismos que afectan la calidad de vida de quien los padece e incluso de las personas que los rodean.

Como está demostrado la depresión causa muchas consecuencias tanto en lo físico como en la parte mental y es primordial dar importancia al tratamiento para esta enfermedad, ya que con el tiempo puede agravarse y puede generar consecuencias fatales como el suicidio. Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. En la psicología Iniciática se desarrolló el psicografismo como herramienta para trabajo psicoterapéutico, esta técnica se constituye en una opción no solo para diagnóstico y alivio del paciente, sino también en una opción de tratamiento.

2.2 Significado del problema

La técnica del psicografismo y sus efectos en pacientes con sintomatología depresiva que acuden al consultorio psicológico de la PUCESA.

2.3 Definición del problema

- ¿Cuáles son los niveles de depresión que presentan los pacientes considerados dentro de la investigación?
- ¿Cuál es la forma apropiada para aplicar la técnica del Psicografismo en el tratamiento de sintomatología depresiva?
- ¿Qué cambios se dan en la sintomatología depresiva al usar la técnica del Psicografismo?

2.4 Planteamiento del tema

La técnica del psicografismo y sus efectos en pacientes con sintomatología depresiva que acuden al consultorio psicológico de la PUCESA en el período mayo-septiembre del 2011.

2.5 Delimitación del tema

De contenidos:

Campo: Psicológico

Área: Clínica y de tratamiento

Aspecto: Técnica del psicografismo

Espacial:

La investigación se realizará en:

Provincia: Tungurahua

Cantón: Ambato

Sector: El Tropezón

Temporal:

Esta investigación se realizará en el período de Mayo a Septiembre del 2011

Unidad de observación:

Comunidad universitaria y extra-universitaria.

2.6 Hipótesis, variables**2.6.1 Formulación de Hipótesis**

La técnica del psicografismo disminuye los niveles de sintomatología depresiva en los pacientes que acuden al Consultorio Psicológico de la PUCESA en el período Mayo-Septiembre del 2011.

2.6.2 Señalamiento de Variables

Variable Independiente; técnica del psicografismo

Variable Dependiente; sintomatología depresiva.

2.7 Objetivos

2.7.1 Objetivo General

- Determinar los efectos del uso de la técnica del psicografismo en pacientes con sintomatología depresiva que acuden al consultorio psicológico de la PUCESA en el período mayo-septiembre del 2011

2.7.2 Objetivos Específicos

- Desarrollar una base teórica que sustente el estudio de la interacción entre sintomatología depresiva y el uso del psicografismo.
- Medir la sintomatología depresiva con la escala de Zung en los pacientes que acuden al consultorio psicológico de la PUCESA en el período mayo- septiembre del 2011.
- Aplicar la técnica de Psicografismo a los pacientes con sintomatología depresiva.
- Establecer los efectos del uso de la técnica de psicografismo sobre la sintomatología depresiva.

2.8 Métodos a utilizar

La investigación de este proyecto se realizó durante los meses Mayo-septiembre del 2011, se atendió a los pacientes que acudieron al Consultorio Psicológico de la PUCESA y en la primera sesión con pacientes adultos se les aplicó La Escala de Zung, para determinar si hay sintomatología depresiva. Luego de seis sesiones en las que se utilizó la técnica del psicografismo con cada paciente, se les aplicó nuevamente La Escala Zung para detectar los cambios en la sintomatología. Con algunos pacientes se llegó a diez sesiones, en estos casos se los evaluó nuevamente para ver los resultados.

Para realizar este proyecto se utilizó la investigación científica, explorativa, documental o bibliográfica, analítica y descriptiva.

2.9 Descripción del universo

Para proteger la identidad de las personas que son parte de esta investigación, los nombres de las mismas fueron cambiados

Fernando, hombre de 50 años, diagnosticado desde hace diez años como maníaco depresivo (referencia tomada del propio paciente), desde entonces es medicado psiquiátricamente, actualmente consume 5 medicamentos (quitidin, barcote, neuril, buelbutrin, kinton); presenta nerviosismo: “siento nervios y preocupación por todo”, cree

que su estado es producto de su “mala suerte” o un castigo por errores cometidos, manifiesta dificultad para dormir en las noches, se siente menos atraído por las mujeres, dificultad para realizar tareas, desesperanza en el futuro, irritabilidad, le cuesta tomar decisiones, se cree inútil e innecesario para los demás, piensa que sería mejor morir. Fernando al inicio de la terapia presentaba un temblor constante en sus manos, lo cual acentuaba su sentimiento de inutilidad pues decía que ya no puede ni firmar cheques, en varias sesiones trabajó la culpa que sentía y su dificultad para resolver los problemas más simples, que para él se constituían en una prueba más de su “mala suerte”.

Eugenia; mujer de 50 años, casada, se presenta en consulta porque necesita definir su situación conyugal, ya que su esposo tiene otra pareja desde hace varios años, dice sentir desesperación, palpitaciones en el pecho, tristeza, dificultad para hacer sus actividades y para tomar decisiones y le cuesta controlar el llanto. Los orígenes de la depresión de Eugenia se remontan a su infancia y maduración, si bien la situación con su esposo le ha afectado, la depresión es una expresión de conflictos de su infancia y juventud que no fueron elaborados. En este caso se puede hablar de depresión neurótica de acuerdo al origen de la misma, en el proceso de Eugenia fue evidente su dependencia hacia otras personas, tiene además un sentimiento inestable de autovaloración y necesita confirmación y reconocimiento, con frecuencia es sobre exigente consigo mismo y se subordinó a su esposo durante todos estos años.

Verónica; mujer de 29 años, soltera, vive con su madre y hermano, dice encontrarse en un callejón sin salida, los conflictos con su madre le provocan deseos de morir, se encuentra desempleada y presenta dificultad para dormir en la noche y durante el día se siente cansada, sin energía y con sueño, su apetito ha disminuido, presenta dificultad para

realizar tareas y tomar decisiones, irritabilidad y siente además que no es agradable vivir. Verónica presenta una depresión psicógena neurótica, que se originó en su infancia y juventud, esto y la culpa por la muerte de su padre, permitieron que el desempleo y los conflictos con su madre le lleven a una depresión grave; la dependencia entre madre e hija es marcada y al tener una ruptura en la relación, Verónica se desestabilizó, agudizándose su susceptibilidad y el temor que siente hacia su progenitora, presentaba además una agresividad hacia sí misma ya que fantaseaba con su muerte.

Ana, mujer de 40 años, tiene dos hijos, se divorció hace algunos años por homosexualidad de su esposo, castiga físicamente a sus hijos y esto le genera culpa y enojo con su exesposo. Presenta irritabilidad, tristeza y depresión, y está menos atraída por el sexo opuesto, su cabeza no está despejada, le dificulta la toma de decisiones y no encuentra agradable vivir. Ana presenta un cuadro de depresión psicógena neurótica, la violencia que recibió por parte de su madre y la indiferencia del padre, le generaron inseguridad y poca confianza en sí misma y en los otros, a partir de estas relaciones aceptó casarse con un hombre al que conocía poco, pero le dio el afecto y aceptación que ella necesitaba. La circunstancia por la que se dio el divorcio acrecentó más la falta de autoestima, y al no elaborar la separación, su tristeza se convirtió en irritabilidad.

Martina, mujer de 35 años, casada, acude a la consulta por conflictos conyugales y preocupación por sus hijos, por el ambiente conflictivo en el que viven, presenta: dificultad para dormir, se siente sin energía y se cansa fácilmente, siente que su cabeza no está despejada, se irrita fácilmente y le dificulta tomar decisiones. Martina presenta un cuadro de depresión psicógena neurótica, durante su infancia se sintió rechazada por su madre y se ubicó en el centro de la relación conflictiva entre sus padres, además de no

elaborar los conflictos de su infancia, su padre y hermana mueren en su juventud y no elaboró estos duelos. Martina tiene baja autoestima y se sobrecarga de trabajo pretendiendo demostrar con esto lo eficiente y buena que puede ser.

Virginia, mujer de 29 años, casada, se presenta a consulta porque tiene temor a perder a su esposo, constantemente tiene ideas negativas o pesimistas sobre su futuro, esto le provoca miedo constante y tristeza, frecuentemente llora, las actividades se le hacen más difíciles de realizar, siente que no tiene esperanza en el futuro, irritabilidad, dificultad para tomar decisiones, no le gustan las cosas que antes le agradaban. Virginia es hija de de una madre soltera, nunca fue reconocida por su padre, durante el proceso hablar de la soledad que sintió de niña es una constante, además del maltrato que recibió al presenciar las relaciones sexuales de su madre con sus parejas, esto le generó inseguridad y baja autoestima, la paciente presenta depresión psicógena por la falta de elaboración de los conflictos en su infancia.

María; mujer de 36 años, soltera, vive con su madre e hija, se presenta a consulta por constantes conflictos con sus compañeros de trabajo, su madre y el padre de su hija, presenta llanto constante, no disfruta de las cosas que antes le agradaban, sentimiento de ser inútil e innecesaria para otros, no tiene esperanza en el futuro y dificultad para tomar decisiones. María en su infancia tuvo carencias afectivas y económicas, constantemente demanda el cariño de su padre y no comprende su abandono. Su susceptibilidad le genera conflictos laborales, ya que constantemente se siente atacada o juzgada por los otros, María presenta depresión psicógena generada en su infancia.

Daniela, mujer de 41 años, casada, tiene dos hijos, asiste a consulta porque su hijo menor tiene problemas escolares, ella los castiga físicamente porque no tolera que le desobedezcan. Presenta constantes ganas de llorar, estreñimiento, dificultad para tomar decisiones, se cree inútil e innecesaria para los demás, ya no le gustan las cosas que antes le agradaban. Daniela es hija de madre soltera, de esta recibió maltrato físico y psicológico, desde la primera sesión está presente en su discurso el sentirse rechazada por un padre que nunca la quiso reconocer, llama la atención su risa nerviosa al hablar de los castigos que recibió y que da a sus hijos. Daniela tiene depresión psicógena, la falta de autoestima e inseguridad se hacen evidentes durante las sesiones.

Yomaira, mujer de 35 años, casada, tiene insuficiencia renal terminal, este se produjo porque tuvo pre eclampsia durante el embarazo y perdió a su hijo. Viene a consulta porque dice que necesita apoyo ya que a veces se deprime, presenta: tristeza, deseos frecuentes de llorar, dificultad para dormir, cansancio, dificultad para hacer las cosas. Yomaira tuvo un padre alcohólico que maltrataba a su madre, ella no quiere oír sobre él, prefiere pensar que no existe, tiene conflictos con su madre, ya que siente que ella no la comprende y no respeta su sufrimiento.

Patricia, mujer de 24 años, madre soltera de dos niños con distinta pareja, los castiga física y verbalmente, presenta: tristeza y frecuentes ganas de llorar, palpitaciones en el pecho, cansancio, intranquilidad, irritabilidad, no encuentra agradable vivir. Patricia vive con su madre y cinco hermanos con los cuales tiene constantes discusiones, a los quince años se cortaba sus brazos y teme volver a hacerlo, Patricia presenta depresión endógena ya que en su infancia vivió la violencia de sus padres, su padre además fue alcohólico.

Micaela, mujer de 26 años, soltera, vive con su madre, se presenta a consulta porque se siente confundida ya que se siente atraída por una amiga. Desde hace algunas semanas siente tristeza y no puede controlar el llanto, se siente agitada y con palpitaciones en el pecho, le es difícil tomar decisiones y siente desagrado por las cosas que antes le gustaban. Micaela en su infancia presenciaba el maltrato físico que su padre daba a su madre y hermanas, cuando tuvo 9 años su padre se fue al extranjero, actualmente presenta depresión psicógena.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1 Resultados de la Escala de Zung

Tabla 3.1 Variación en puntaje directo y porcentaje entre la primera y sexta sesión

Pacientes	Puntaje Escala de Zung		Variación entre 1ra y 6ta sesión	
	Sesión 1	Sesión 6	Puntaje directo	Porcentaje
Fernando	71	49	22	31
Eugenia	55	50	5	9
Verónica	54	36	18	33
Ana	46	24	22	48
Martina	45	27	18	40
Virginia	47	44	3	6
María	44	34	10	23
Daniela	40	35	5	13
Yomaira	39	27	12	31
Patricia	39	32	7	18
Micaela	35	30	5	14

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

En los resultados de la sexta sesión, se puede apreciar los siguientes cambios:

De las tres personas con depresión grave dos cambian a depresión moderada y una a leve.

Dos personas con depresión moderada ya no tienen depresión.

Una persona con depresión moderada baja su sintomatología en un 6%, pero aún continúa dentro del rango de depresión moderada.

Una persona con depresión moderada pasa a depresión leve.

Tres personas con depresión leve bajan su sintomatología entre un 13y 18%, pero aún están con depresión leve.

Una persona con depresión leve ya no presenta depresión.

Tabla 3.2 Variación en puntaje directo y porcentaje entre la sexta y décima sesión

Pacientes	Puntaje Escala de Zung			Variación entre 1ra y 10ma sesión	
	Sesión 1	Sesión 6	Sesión 10	Puntaje directo	Porcentaje
Fernando	71	49	50	21	30
Eugenia	55	50	40	15	27
Verónica	54	36	24	30	56
Ana	46	24	22	24	52
Daniela	40	35	26	14	35
Micaela	35	28	26	9	26

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

Los cambios que se pueden ver en los seis pacientes con los que se trabajó diez sesiones son los siguientes:

De las tres personas con depresión grave, una de las personas que en la sexta sesión bajó a depresión moderada se mantuvo dentro del mismo rango, la otra pasó a leve.

El paciente que pasó en la sexta sesión a depresión leve termina sin depresión.

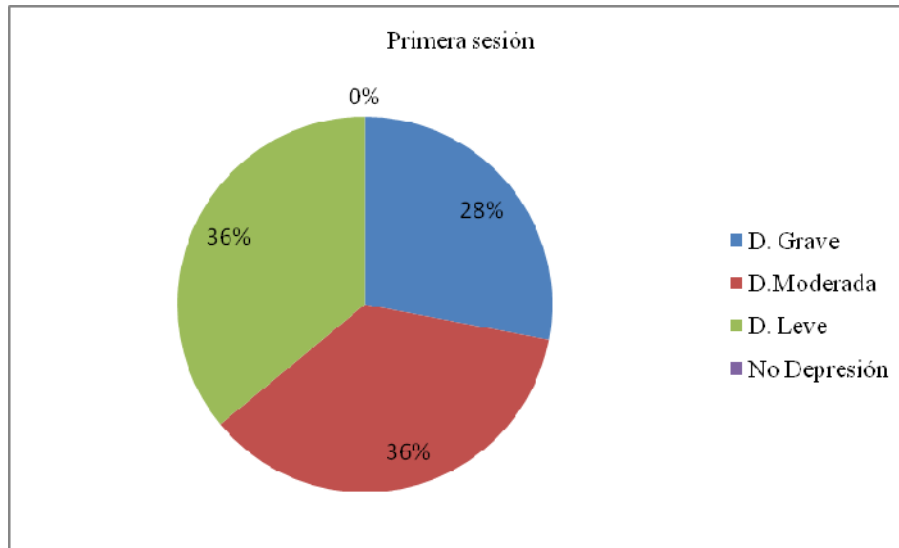
La paciente que inició con depresión moderada y en la sexta sesión ya no presentó depresión, se mantiene sin depresión para la décima sesión.

Dos de los pacientes con depresión leve, que se mantuvieron en la sexta sesión dentro de este rango, en la décima sesión no presentan depresión.

3.2 Representación gráfica de los resultados del universo de esta investigación

El universo de este proyecto está constituido por once personas, según los resultados de la Escala de Zung: tres inician el proceso con depresión grave, cuatro con depresión moderada y cuatro con depresión leve. En el gráfico se puede apreciar el porcentaje que cada valor representa.

Gráfico 3.1 Niveles de depresión y sus porcentajes en la primera sesión

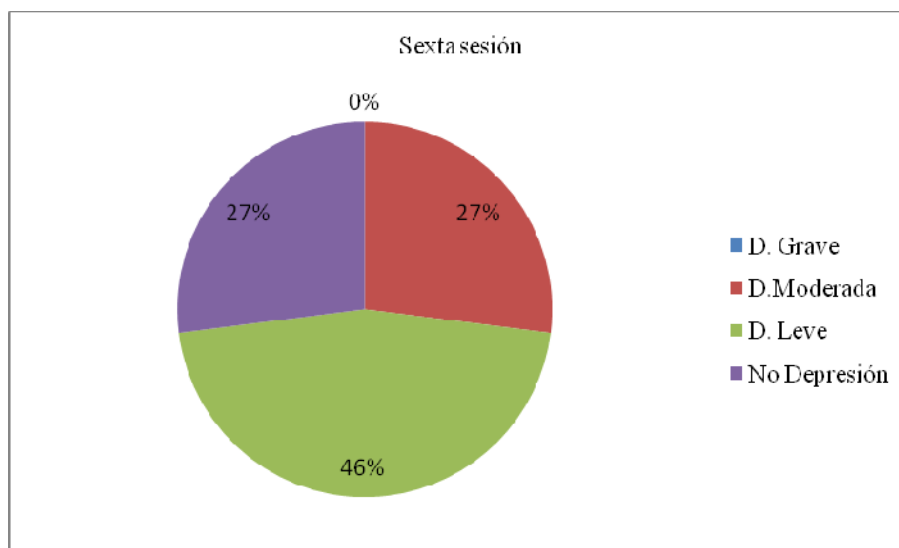


Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

Los resultados de la evaluación con la escala de Zung en la sexta sesión, representados en el siguiente gráfico son: el 0% presenta depresión grave, el 27% del universo presenta depresión moderada, 46% presenta depresión leve y 27 % no presenta depresión.

Gráfico 3.2 Niveles de depresión y sus porcentajes en la sexta sesión

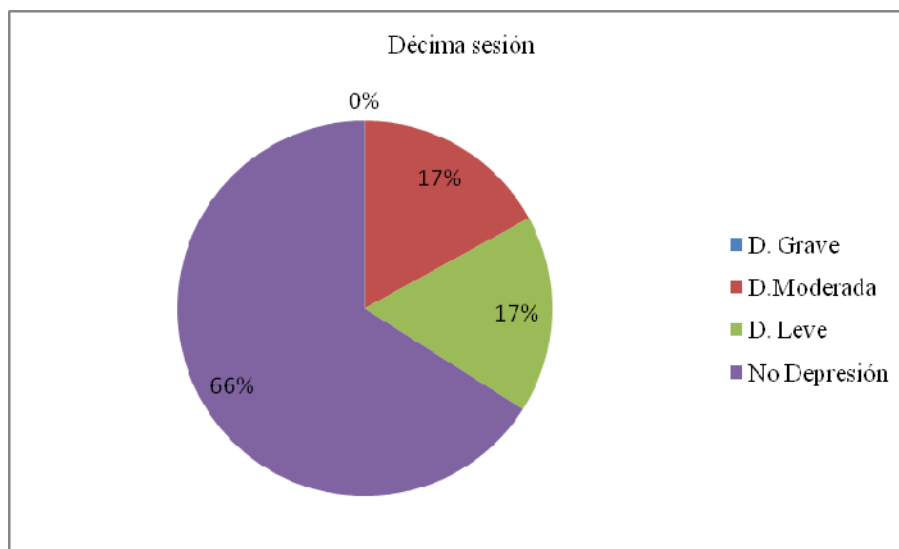


Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

Los resultados de la evaluación con la escala de Zung en la décima sesión, representados en el siguiente gráfico son: el 0% presenta depresión grave, el 17% del universo presenta depresión moderada, 17% presenta depresión leve y 66% no presenta depresión.

Gráfico 3.3 Niveles de depresión y sus porcentajes en la décima sesión



Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN, ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

La escala de Likert de cada ítem de la Escala de Zung, puntúa de 1 a 4; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como la sumatoria de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100. En este proyecto se trabajó con puntuaciones directas por el tamaño del universo. Para determinar el tipo de depresión del paciente, existen diversos criterios con respecto a los puntos de corte; en este trabajo se consideraron los siguientes criterios:

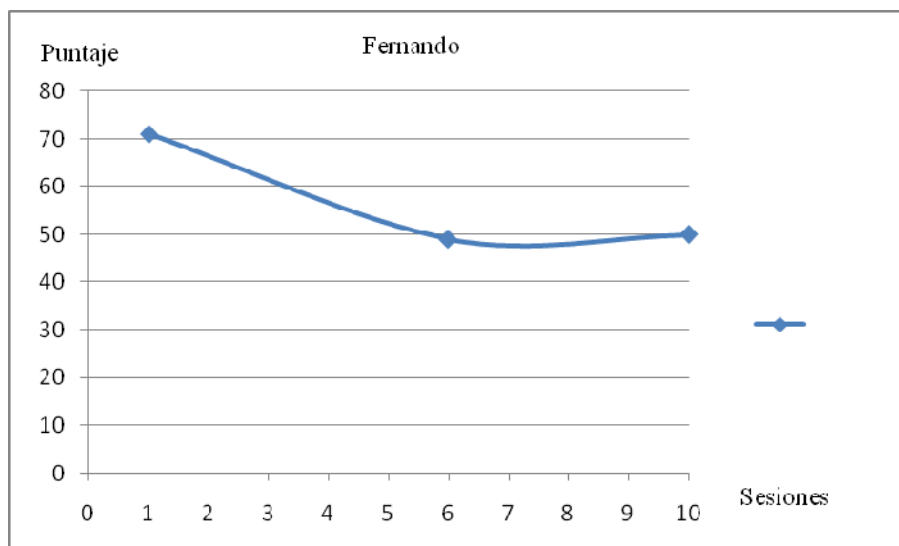
CRITERIOS DE DEPRESIÓN	
No depresión	< 28 puntos
Depresión leve	28-41 puntos
Depresión moderada	42-53 puntos
Depresión grave	> 53 puntos

Fuente: Rozados Ricardo, Escala de Zung
Elaborado por: Investigador

Fernando

Primera sesión	71 puntos	depresión grave
Sexta sesión	49 puntos	depresión moderada
Décima sesión	50 puntos	depresión moderada

Gráfico 4.1 Variación del puntaje en las sesiones con Fernando



Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

Fernando durante el proceso mostró colaboración en los psicografismos y en los ejercicios que de este trabajo surgían, la décima sesión fue previa a una citación que tenía por un juicio laboral que le planteó un expleado, el se mostró preocupado y le dificultaba concentrarse e incluso entender las preguntas de la Escala de Zung. A pesar de subir un punto en relación a la sexta sesión, se puede ver que entre la primera y décima sesión baja 21 puntos en puntaje directo, lo cual representa un 30% menos en sintomatología.

Con respecto a los puntajes en la escala de Likert, se puede ver su variación de acuerdo a las sesiones:

Tabla 4.1 Modificación en porcentajes de la puntuación en la escala de Likert de Fernando

Sesiones	Escala de Likert			
	1 (muy pocas veces, raramente)	2 (algunas veces, de vez en cuando)	3 (muchas veces, frecuentemente)	4 (siempre, casi todo el tiempo)
Primera	0%	15%	15%	70%
Sexta	25%	30%	20%	25%
Décima	20%	30%	30%	20%

Fuente: Investigación de campo

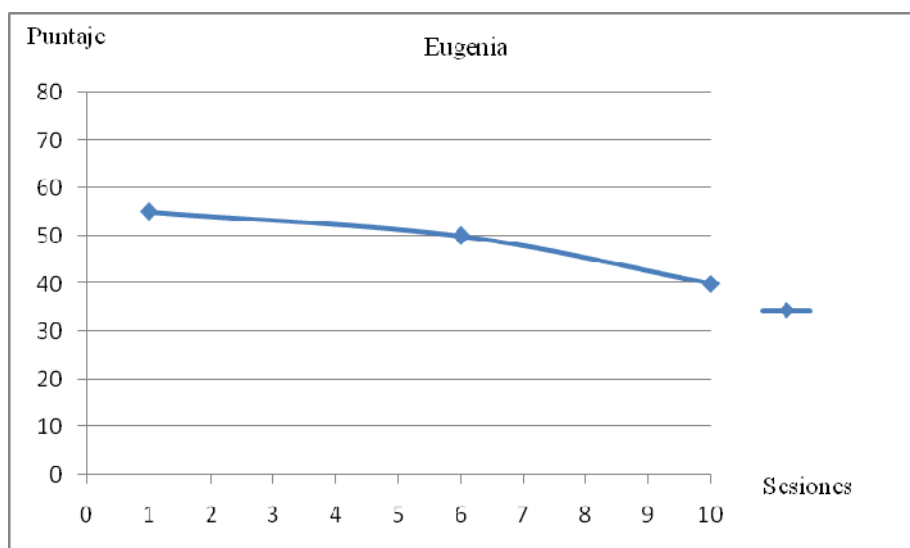
Elaborado por: Investigador

Los rangos descritos, revelan que aunque Fernando tiene dificultad para realizar actividades y tomar decisiones, dificultad para conciliar el sueño cuando algo lo despierta, sentimiento de inutilidad persistente y temblor de sus manos (se debe considerar que las medicinas suelen causar este efecto secundario); la agitación y la irritabilidad disminuyeron, el paciente dice tener esperanzas de curarse y de estar bien, particular que se encontraba ausente en la primera sesión.

Eugenia

Primera sesión	55 puntos	depresión grave
Sexta sesión	50 puntos	depresión moderada
Décima sesión	40 puntos	depresión leve

Gráfico 4.2 Variación del puntaje en las sesiones con Eugenia



Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

Eugenia es una paciente que luego de la primera sesión decidió solicitar a su esposo que abandone su hogar, se trabajó en terapia este proceso de separación, abordando el miedo que sintió desde niña de estar sola, para la sexta sesión a pesar de su tristeza y llanto constantes, su sintomatología baja un 9%; para la décima sesión el cambio entre esta y la primera sesión es de 15 puntos menos en puntaje directo, lo cual representa un 27% menos

en sintomatología. Es evidente que en este caso, a pesar de que la naturaleza del cuadro es reactiva (lo cual la vuelve más álgido) la técnica empleada resulta eficiente.

Con respecto a los puntajes en la escala de Likert, se puede ver su variación de acuerdo a las sesiones:

Tabla 4.2 Modificación en porcentajes de la puntuación en la escala de Likert de Eugenia

Sesiones	Escala de Likert			
	1 (muy pocas veces, raramente)	2 (algunas veces, de vez en cuando)	3 (muchas veces, frecuentemente)	4 (siempre, casi todo el tiempo)
Primera	15%	15%	50%	20%
Sexta	20%	20%	15%	15%
Décima	20%	60%	20%	0%

Fuente: Investigación de campo

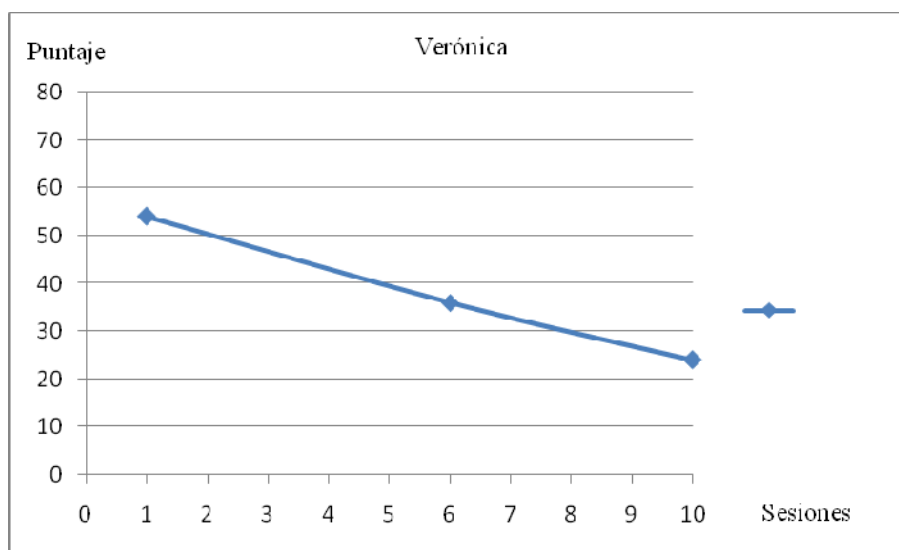
Elaborado por: investigador

Eugenia aún presenta dificultad para dormir y para tomar decisiones, sin embargo está subiendo peso, lo cual es considerable pues en los últimos meses perdió 20 lbs, han disminuido además las palpitaciones en el pecho, el llanto constante y está encontrando actividades en las cuales emplea su tiempo libre.

Verónica

Primera sesión	54 puntos	depresión grave
Sexta sesión	36 puntos	depresión leve
Décima sesión	24 puntos	no presenta depresión

Gráfico 4.3 Variación del puntaje en las sesiones con Verónica



Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

Cuando Verónica se presentó a consulta lo hizo porque decía estar desesperada, pues ya no soportaba a su madre, manifestaba que puede tolerarlo todo menos el desprecio de esta, Verónica es una paciente que no elaboró algunos conflictos en su infancia y tampoco el duelo por la muerte de su padre, para la sexta sesión la sintomatología en puntaje directo bajó 18 puntos, en porcentaje esto representa el 33%, entre la primera y décima sesión bajó 30 puntos en puntaje directo, esto equivale al 56%.

Con respecto a los puntajes en la escala de Likert, se puede ver su variación de acuerdo a las sesiones:

Tabla 4.3 Modificación en porcentajes de la puntuación en la escala Likert de Verónica

Sesiones	Escala de Likert			
	1 (muy pocas veces, raramente)	2 (algunas veces, de vez en cuando)	3 (muchas veces, frecuentemente)	4 (siempre, casi todo el tiempo)
Primera	20%	20%	30%	30%
Sexta	55%	20%	15%	10%
Décima	80%	20%	0%	0%

Fuente: Investigación de campo

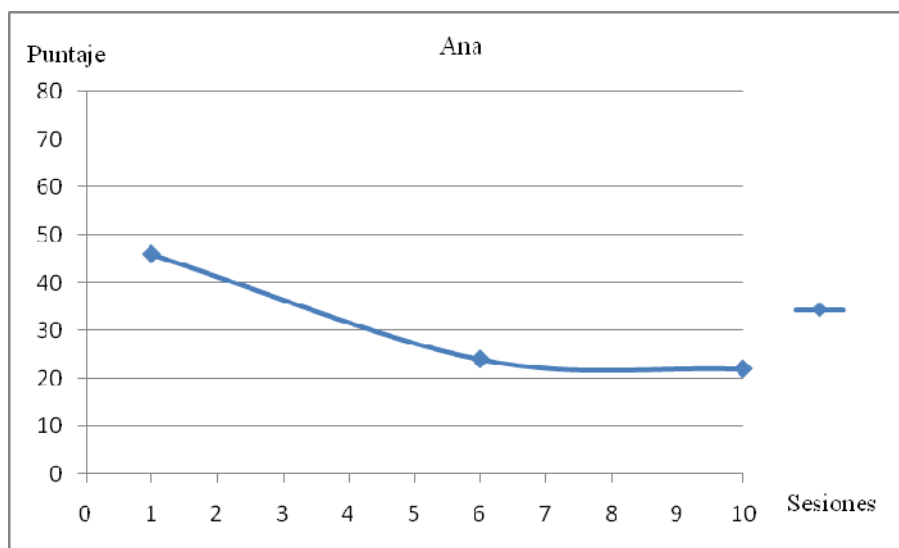
Elaborado por: Investigador

Verónica después de algunos meses de desempleo, actualmente trabaja en un proyecto, dice estar consciente de que debe seguir trabajando con su seguridad pero por ahora, no teme enfrentar las dificultades en su vida, durante el proceso poco a poco a puesto límites en la relación con su madre, cuando recuerda a su padre ya no siente el sufrimiento que antes se evidenciaba. Ya no tiene dificultad para dormir, cansancio o dificultad para hacer tareas, ya no se siente irritable y está tomando decisiones con más facilidad, siente además que es agradable vivir.

Ana

Primera sesión	46 puntos	depresión moderada
Sexta sesión	24 puntos	no presenta depresión
Décima sesión	22 puntos	no presenta depresión.

Gráfico 4.4 Variación del puntaje en las sesiones con Ana



Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

Ana sentía culpa por el maltrato que daba a sus hijos, durante el proceso psicoterapéutico se trabajó el rechazo y maltrato físico y psicológico que recibió en su infancia, además de su divorcio y el enojo que sentía con su exesposo. En la sexta sesión en puntaje directo la sintomatología baja 22 puntos que equivale al 48%, en la décima sesión baja 2 puntos más en puntaje directo, lo cual implica una reducción del 52% en sintomatología depresiva.

Con respecto a los puntajes en la escala de Likert, se puede ver su variación de acuerdo a las sesiones:

Tabla 4.4 Modificación en porcentajes de la puntuación en la escala de Likert de Ana

Sesiones	Escala de Likert			
	1 (muy pocas veces, raramente)	2 (algunas veces, de vez en cuando)	3 (muchas veces, frecuentemente)	4 (siempre, casi todo el tiempo)
Primera	35%	25%	15%	25%
Sexta	80%	20%	0%	0%
Décima	90%	10%	0%	0%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

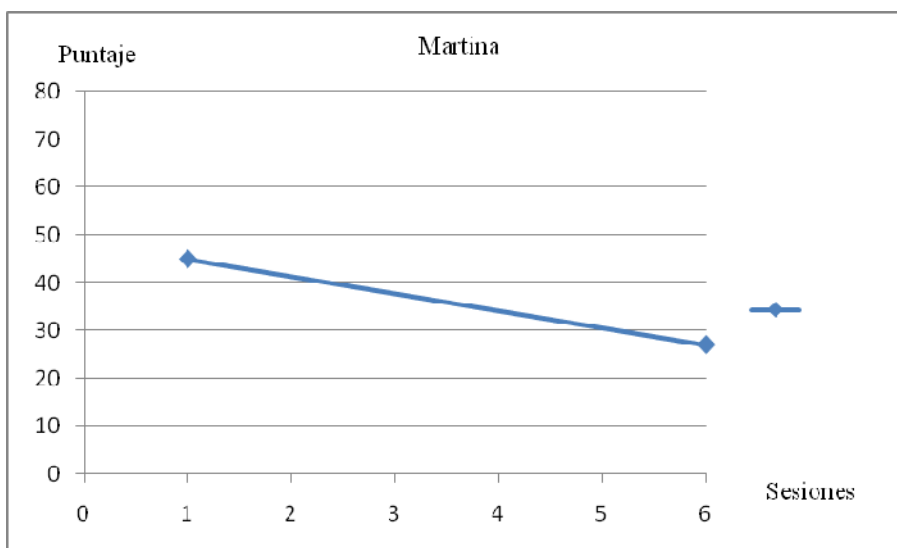
La sintomatología depresiva de Ana bajó considerablemente, actualmente está saliendo con una pareja, la relación con sus hijos ha mejorado a pesar de que a veces aún presenta irritabilidad y está haciendo intentos de tener una mejor relación con su exesposo, pues durante el proceso se dio cuenta de la posición de víctima en la que se ubicó y ahora decidió hacerse cargo de la elección que ella hizo al escoger pareja. En la escala de likert, puntúa dos en los ítems que evalúan si se siente irritable y si su cabeza no está tan despejada como antes.

Martina

Primera sesión 45 puntos depresión moderada

Sexta sesión 27 puntos no presenta depresión

Gráfico 4.5 Variación del puntaje en las sesiones con Martina



Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

Durante las sesiones se trabaja con Martina su sometimiento con su esposo y madre y se refuerza su capacidad de ponerles límites, además se trabaja su relación con su hijo. Los resultados de este trabajo son evidentes ya que en la puntuación directa de la Escala de Zung baja 18 puntos, es decir el 40% en sintomatología, pasando de depresión moderada, a no presentar depresión.

Con respecto a los puntajes en la escala de Likert, se puede ver su variación de acuerdo a las sesiones:

Tabla 4.5 Modificación en porcentajes de la puntuación en la escala de Likert de Martina

Sesiones	Escala de Likert			
	1 (muy pocas veces, raramente)	2 (algunas veces, de vez en cuando)	3 (muchas veces, frecuentemente)	4 (siempre, casi todo el tiempo)
Primera	20%	35%	15%	30%
Sexta	75%	15%	10%	0%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

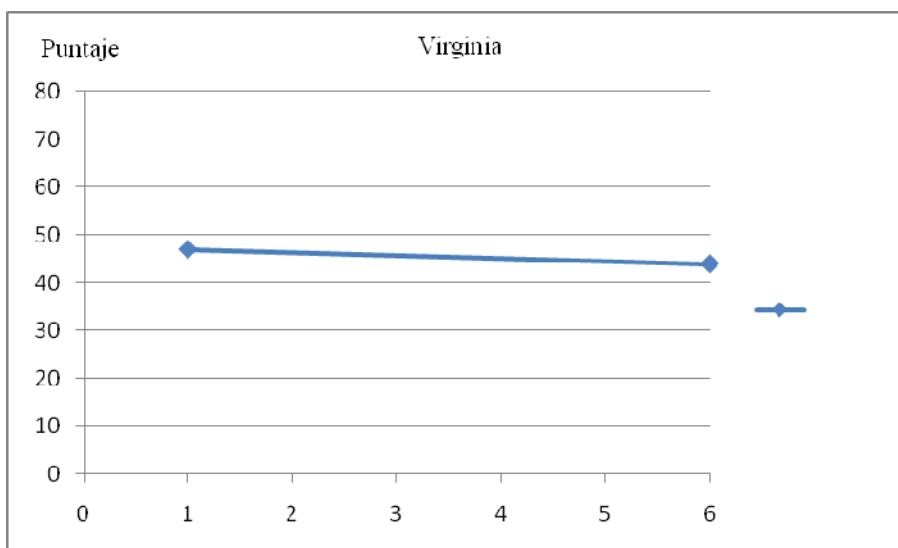
Martina ahora siente que cuenta con más colaboración en su hogar, la dificultad para dormir persiste, pero bajó de 4 a 3 en la escala de likert, la irritabilidad continúa con la puntuación tres, pero ahora se siente con más energía para hacer sus actividades, su cabeza está más despejada, y la dificultad para tomar decisiones bajó de 4 a dos.

Virginia

Primera sesión 47 puntos depresión moderada

Sexta sesión 44 puntos depresión moderada

Gráfico 4.6 Variación del puntaje en las sesiones con Virginia



Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

Virginia inicia terapia con depresión moderada, demanda constantemente afecto por parte de los otros y se somete fácilmente por temor a lo que puedan decir o pensar de ella, su puntaje en la sintomatología depresiva en la sexta sesión, baja solamente 3 puntos que es el 6%, se cree que es una respuesta reactiva, pues el día previo a la sexta sesión, su esposo se vio involucrado en un problema legal y la paciente asistió a la sexta sesión con llanto y ansiedad.

Con respecto a los puntajes en la escala de Likert, se puede ver su variación de acuerdo a las sesiones:

Tabla 4.6 Modificación en porcentajes de la puntuación en la escala de Likert de Virginia

Sesiones	Escala de Likert			
	1 (muy pocas veces, raramente)	2 (algunas veces, de vez en cuando)	3 (muchas veces, frecuentemente)	4 (siempre, casi todo el tiempo)
Primera	0%	65%	35%	0%
Sexta	10%	60%	30%	0%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

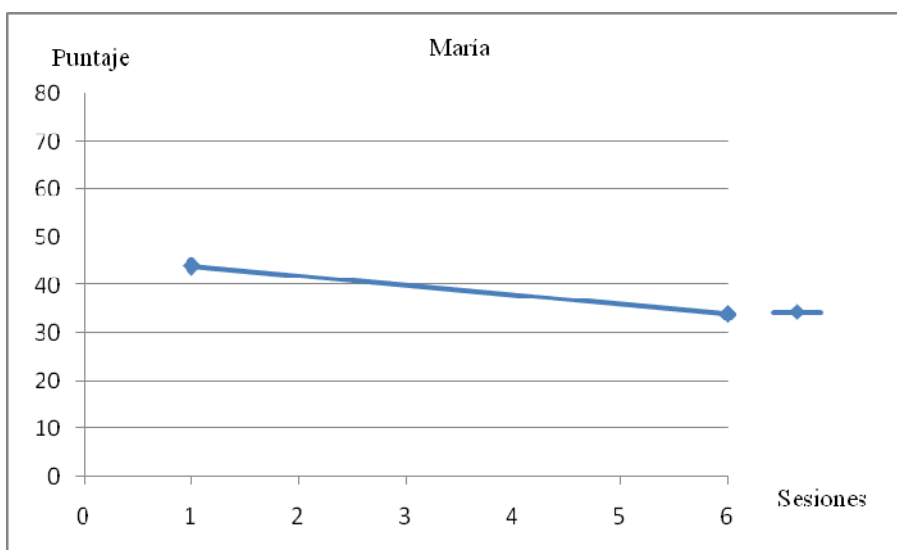
En la puntuación 3 y 4 baja un 5%, Virginia durante el proceso pudo establecer límites con su suegra, se sentía más tranquila por la disciplina que estaba estableciendo en su hogar y porque se sentía más seguras para decir lo que piensa, durante el proceso se abordó el enojo que sentía con su madre y su dependencia a la misma, el llanto y pensamientos negativos iban disminuyendo, pero como se aclaró antes, hubo un evento previo a la sexta sesión que produjo una respuesta reactiva.

María

Primera sesión 44 puntos depresión moderada

Sexta sesión 34 puntos depresión leve

Gráfico 4.7 Variación del puntaje en las sesiones con María



Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

María durante las sesiones trabaja la tristeza que siente por las escasas muestras de afecto que dice haber recibido de su padre y la necesidad que tiene de ser gratificada, habla de sus relaciones de pareja y la sobrevaloración que da a pequeños detalles que recibe, para la sexta sesión su sintomatología en puntaje directo baja 10 puntos, es decir el 23%, se debe aclarar que por razones de fuerza mayor las 6 sesiones se llevan a cabo en menor tiempo

que los otros pacientes (5 de julio a 9 de agosto), sin embargo hay una mejoría que pudo ser mayor en un tiempo más adecuado.

Con respecto a los puntajes en la escala de Likert, se puede ver su variación de acuerdo a las sesiones:

Tabla 4.7 Modificación en porcentajes de la puntuación en la escala de Likert de María

Sesiones	Escala de Likert			
	1 (muy pocas veces, raramente)	2 (algunas veces, de vez en cuando)	3 (muchas veces, frecuentemente)	4 (siempre, casi todo el tiempo)
Primera	25%	45%	15%	10%
Sexta	45%	40%	15%	0%

Fuente: Investigación de campo

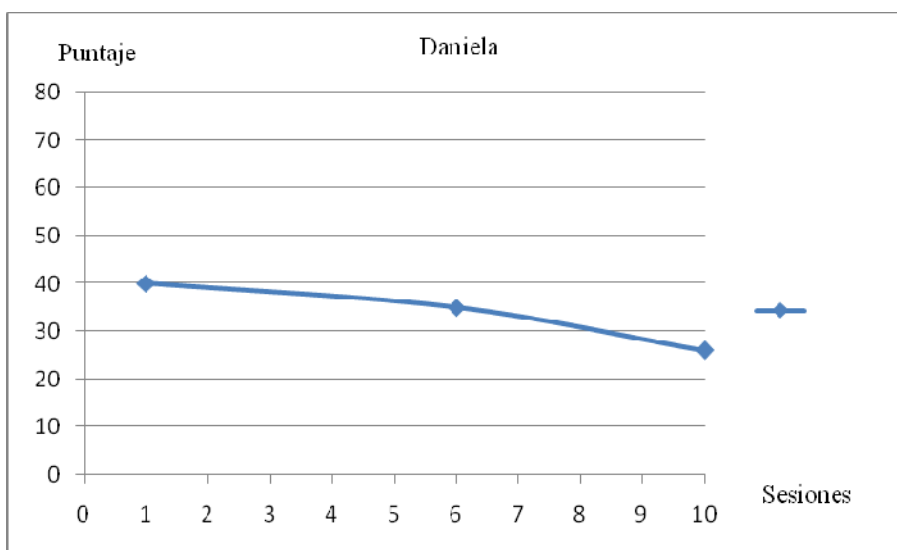
Elaborado por: Investigador

María algunas veces aún se siente deprimida, intranquila, irritable y con deseos de llorar, pero dice que la gente le trata diferente, se siente más segura al hablar con otros y sus comentarios ya no le afectan como antes, además le resulta menos difícil tomar decisiones y hacer su trabajo.

Daniela

Primera sesión	40 puntos	depresión leve
Sexta sesión	35 puntos	depresión leve
Décima sesión	26 puntos	no presenta depresión

Gráfico 4.8 Variación del puntaje en las sesiones con Daniela



Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

Daniela siente alivio luego de hablar de los maltratos que recibió y de trabajar en psicografismos algunos hechos traumáticos que había olvidado, sin embargo el puntaje directo entre la primera y sexta sesión varía solo 5 puntos, que equivalen al 13 %, esto se debe a una respuesta reactiva, ya que dos días antes de la sexta sesión, su esposo y su hijo tuvieron una fuerte discusión, entonces vino a la sesión desanimada y triste. Para la

décima sesión los resultados son mayores, en puntaje directo baja 14 puntos en relación a la primera sesión, es decir el 35% en sintomatología.

Con respecto a los puntajes en la escala de Likert, se puede ver su variación de acuerdo a las sesiones:

Tabla 4.8 Modificación en porcentajes de la puntuación en la escala de Likert de Daniela

Sesiones	Escala de Likert			
	1 (muy pocas veces, raramente)	2 (algunas veces, de vez en cuando)	3 (muchas veces, frecuentemente)	4 (siempre, casi todo el tiempo)
Primera	40%	35%	10%	15%
Sexta	45%	35%	0%	20%
Décima	75%	20%	5%	0%

Fuente: Investigación de campo

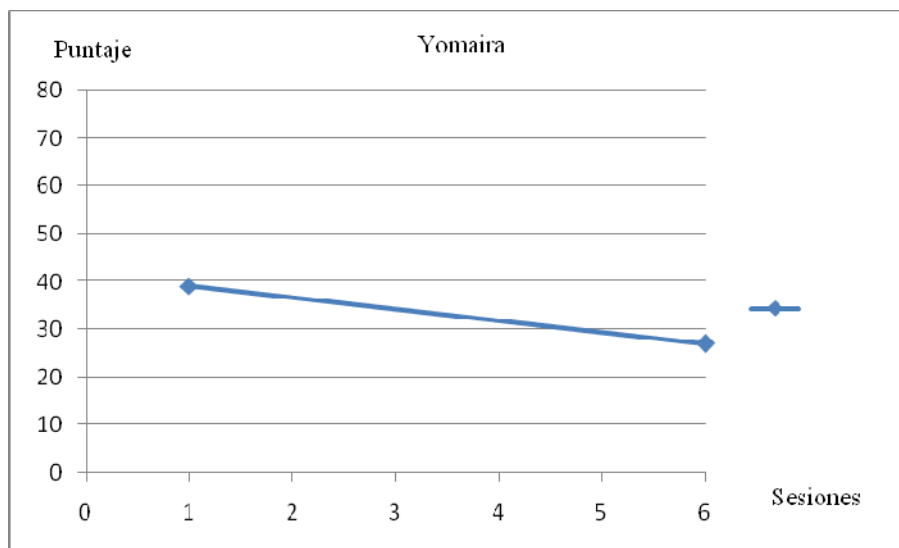
Elaborado por: Investigador

Daniela no presenta depresión para la décima sesión, se siente feliz según comenta pues ahora puede hablar y poner límites a los otros, incluso a su esposo (en las primeras sesiones decía que el es un sabio y que ella no puede discutir con él), desde que inició terapia no ha vuelto a castigar a sus hijos y ahora se comunica más con ellos.

Yomaira

Primera sesión	39 puntos	depresión leve
Sexta sesión	22 puntos	no presenta depresión

Gráfico 4.9 Variación del puntaje en las sesiones con Yomaira



Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

Yomaira durante el proceso se mostraba optimista e incluso soñaba con el futuro, al trabajar con psicografismos, en las dos primeras sesiones, habló de la violencia y maltrato entre sus padres pero luego aclaró que quiere olvidar lo vivido. Vino a la cuarta sesión luego de un chequeo médico, su salud se deterioraba, ya no podían controlar su presión y le encontraron una falla en el corazón, en esa sesión y en las siguientes se buscó fortalecer su optimismo y darle seguridad. En puntaje directo la sintomatología bajó 12 puntos, es decir el 31%.

Con respecto a los puntajes en la escala de Likert, se puede ver su variación de acuerdo a las sesiones:

Tabla 4.9 Modificación en porcentajes de la puntuación en la escala de Likert de Yomaira

Sesiones	Escala de Likert			
	1 (muy pocas veces, raramente)	2 (algunas veces, de vez en cuando)	3 (muchas veces, frecuentemente)	4 (siempre, casi todo el tiempo)
Primera	40%	35%	15%	10%
Sexta	90%	10%	0%	0%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

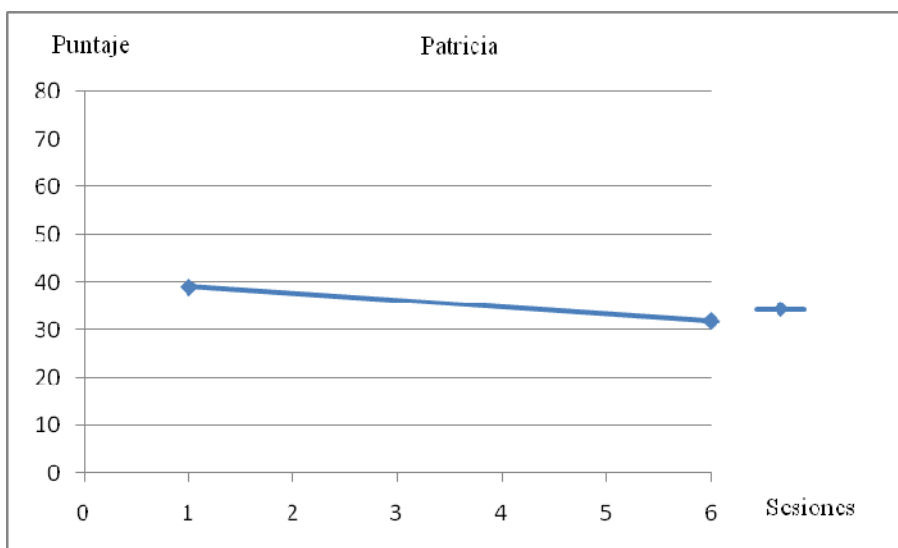
En Yomaira prevalece su dificultad para hacer las cosas, el cansancio y la fatiga, pero se debe considerar que esto es por su enfermedad, desde que inicia terapia ella duerme mejor y mientras recibe diálisis, se siente más tranquila y ya no habla de la depresión que sentía durante este procedimiento, a pesar del deterioro en su salud, para la sexta sesión está más optimista y con nuevos planes para tratar de conseguir un trasplante de riñón.

Patricia

Primera sesión 39 puntos depresión leve

Sexta sesión 32 puntos depresión leve

Gráfico 4.10 Variación del puntaje en las sesiones con Patricia



Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

Patricia durante el proceso tiene algunos enfrentamientos con su familia pero no puede dejar la casa de su madre, pues no tiene los recursos económicos para mantener a sus hijos, además la relación con el padre de su segundo hijo se deteriora, constantemente Patricia recibe insultos y ofensas de su familia y ella reacciona con igual o más violencia, a pesar de esto en la sexta sesión baja la sintomatología 7 puntos en puntaje directo, lo cual representa el 18%.

Con respecto a los puntajes en la escala de Likert, se puede ver su variación de acuerdo a las sesiones:

Tabla 4.10 Modificación en porcentajes de la puntuación en la escala de Likert de Patricia

Sesiones	Escala de Likert			
	1 (muy pocas veces, raramente)	2 (algunas veces, de vez en cuando)	3 (muchas veces, frecuentemente)	4 (siempre, casi todo el tiempo)
Primera	55%	5%	30%	10%
Sexta	50%	40%	10%	0%

Fuente: Investigación de campo

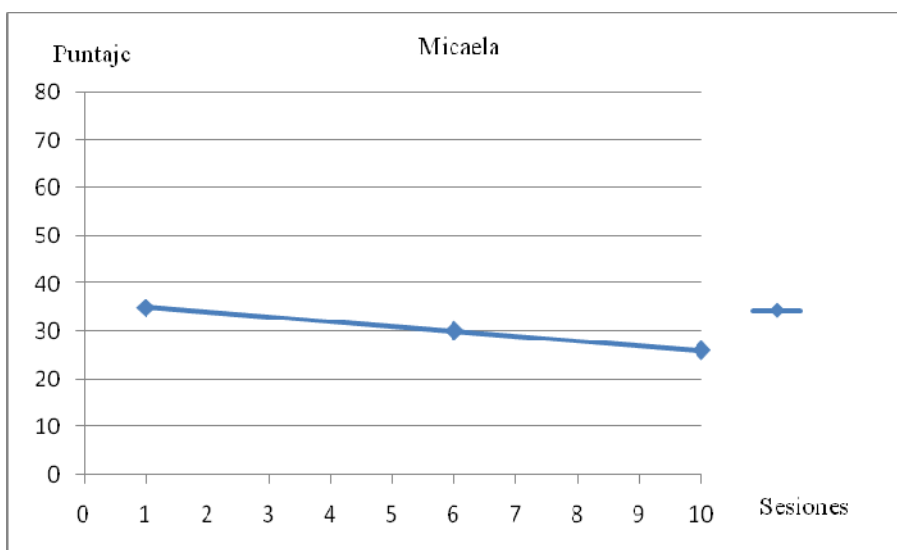
Elaborado por: Investigador

A pesar de las dificultades que Patricia tuvo durante el proceso y de la tristeza, depresión y dificultad de tomar decisiones que prevalecen, se consiguió reducir las palpitaciones que sentía en su pecho, el cansancio y la falta de energía, la agitación e intranquilidad.

Micaela

Primera sesión	35 puntos	depresión leve
Sexta sesión	30 puntos	depresión leve
Décima sesión	26 puntos	no presenta depresión

Gráfico 4.11 Variación del puntaje en las sesiones con Micaela



Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

Micaela en todas las sesiones, mostró abiertamente su resistencia para utilizar psicografismos, sin embargo se trabajó la relación con sus padres y elaboró algunos conflictos, los resultados en la sexta sesión demuestran una reducción de sintomatología de 5 puntos en puntaje directo, es decir el 14 %. La diferencia en puntaje entre la primera y décima sesión es de 9 puntos, lo cual representa el 26% menos de sintomatología.

Con respecto a los puntajes en la escala de Likert, se puede ver su variación de acuerdo a las sesiones:

Tabla 4.11 Modificación en porcentajes de la puntuación en la escala de Likert de Micaela

Sesiones	Escala de Likert			
	1 (muy pocas veces, raramente)	2 (algunas veces, de vez en cuando)	3 (muchas veces, frecuentemente)	4 (siempre, casi todo el tiempo)
Primera	50%	30%	15%	5%
Sexta	60%	35%	0%	5%
Décima	75%	20%	5%	0%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Investigador

Micaela aún tiene dificultad para tomar decisiones y a veces se siente triste y deprimida, sin embargo han disminuido las palpitaciones en su pecho, siente que su cabeza está más despejada y ya no siente la agitación e intranquilidad de antes.

4.2 Validación de resultados

En esta investigación se utilizó La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung, la misma que fue desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas cuya base es empírica y se derivó de la escala de depresión de Hamilton. Su fiabilidad y validez están dentro de los rangos adecuados; la fiabilidad según el índice de Cronbach está entre 0,79 y 0,92, y la validez, determinada por los índices de correlación con otras escalas como la escala de depresión de Hamilton, el inventario de depresión de Beck y con el juicio clínico global, oscila entre 0.50 y 0.80.

El uso de la escala de Zung nos da información sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva. Se considera que hay ausencia de depresión cuando el puntaje es inferior a 28 puntos, a partir de 28 puntos hay depresión leve; los sujetos evaluados obtuvieron puntajes superiores a 28 puntos en la primera sesión, razón por la cual tuvieron depresión. En la sexta sesión todos los sujetos bajaron su puntaje, por lo tanto se considera que luego de las sesiones con psicografismos, los pacientes disminuyeron su sintomatología depresiva.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Se puede concluir que para efectos de este proyecto de investigación, se ha logrado desarrollar un marco conceptual coherente, el mismo que sustenta el uso de la técnica del psicografismo como una opción válida para el tratamiento de pacientes que presentan sintomatología depresiva.
- Al aplicar la escala de Zung a catorce pacientes adultos que acudieron al consultorio psicológico de la PUCESA en el período mayo- septiembre del 2011, el 100% presentaron sintomatología depresiva, por lo que se puede concluir que la prevalencia de esta sintomatología en los pacientes que fueron evaluados es alta. Se aclara además que tres de los pacientes no llegaron a la sexta sesión.
- A partir de la investigación realizada, se concluye que en todos los pacientes de este universo, se ha logrado reducir la sintomatología depresiva, después de seis sesiones de aplicación de psicografismos, la disminución de la sintomatología varía entre un 6 y 48%, según lo indica la tabla 3.1. Se debe observar que las personas que experimentaron una disminución de solo un 6% y 9% en su sintomatología,

presentaron conflictos familiares, previos a la aplicación de la Escala Zung, entonces sus puntajes puede ser una respuesta reactiva.

- Paralelamente se determina que el porcentaje de disminución de la sintomatología depresiva es mayor cuando se realizan diez sesiones de aplicación de la técnica del psicografismo, en los resultados obtenidos la disminución de la sintomatología, se ubica entre un 26 y 56%, de acuerdo a la tabla 3.2, sin presentarse ésta vez excepciones ligadas a razones circunstanciales.
- Se puede determinar finalmente, luego de esta investigación en la que se utilizó la escala de Zung como instrumento de medición, que se comprueba la hipótesis, pues disminuyó la sintomatología depresiva en los pacientes investigados, al usar la técnica del psicografismo.

Recomendaciones

- Una técnica para ser aplicada, debe ser sustentada por un marco conceptual, por eso se recomienda informarse sobre los conceptos básicos de la Escuela Iniciática y el manejo de esta técnica, antes de utilizarla.

- Se recomienda evaluar con la Escala de Zung a los pacientes que acuden a la consulta de la PUCESA, ya que esta información puede ser utilizada para estudios posteriores, además es necesario medir para mejorar.
- El desarrollo erróneo de una persona, que se ha extendido por muchos años, puede ser mejorado, pero no corregido en un proceso breve, el tiempo es un factor curativo necesario. Se recomienda trabajar con más sesiones de psicografismo y extender la investigación a una población más grande.
- Se recomienda hacer un proyecto investigativo acerca de esta técnica, en el Consultorio Psicológico de la PUCESA, pues como se pudo ver en esta investigación los resultados son positivos y los recursos materiales necesarios para su aplicación son mínimos.
- Hay diversos métodos para tratar en psicoterapia, es importante que el método que utiliza un terapeuta, sea el método en el que cree, su confianza en este es determinante, ya que esta le dará la seriedad y tenacidad necesarias para acompañar al paciente en su proceso. El psicografismo tiene la ventaja de no ser una actividad masiva, sino que concentra su interés en el caso individual, evitando influir sobre el paciente, de acuerdo a los presupuestos del terapeuta.

MATERIAL DE REFERENCIA

Bibliografía

Carranza, Martha, Ciarlante, Silvia, Hacia una Psicología espiritual: Fundamentos y práctica de la Psicología Transpersonal, Buenos Aires, Deva's, 2005.

Dürckeim, Karlfried, Meditar cómo y por qué, Tercera edición, España, Editorial Mensajero, 1989.

Freud, Sigmund, Obras completas, Tomo II, , Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 2008.

Freyberger, Harald J., La Depresión, Colonia, Ediciones mensajero, 1991.

Hippius, María, Terapia de iniciación, Viena, Sonderdruck 1982.

Jung, Carl Gustav, La Práctica de la Psicoterapia, Obra completa volumen 16, Editorial Trotta, 2006.

Jung, Carl Gustav, Recuerdos, sueños y pensamientos, Barcelona, Editorial Seix Barral, 2008.

Lowen, Alexander, La depresión y el cuerpo, Buenos Aires, Alianza Editorial, 1995.

Morand, de Jouffrey Pauline, La depresión, España, Acento Editorial, 2000.

Muriana, Enmanuela, Pettenó Laura, et al., Las caras de la depresión, España, Herder Editorial, 2007.

Organización Panamericana de la Salud, CIE-10, Décima revisión, Ginebra OMS, 1992.

Ruiloba, Vallejo J., Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Barcelona, Masson S.A, 2002.

Schiller, de Kohn Vera, Terapia Iniciática, Editorial Ecuador, 2006

Taroppio, Daniel, Fuentes de La terapia Gestalt, Facultad de Psicología UDA, 1986

Artículo De Revista

Schiller, de Kohn Vera, “Psicografismo”, La vianda, No. 8, 34-37, 2009

Linkografía

Academia Platónica, “En la 100 Cumpleaños de María Hippius- Condesa Dürckheim 1909-2009”, [www.duerckheim-ruette](http://www.duerckheim-ruette.de/inhalt.php), Acceso Septiembre 2011, <http://www.duerckheim-ruette.de/inhalt.php>

Antonini Celia, “Depresión un mal de nuestro tiempo”, <http://www.respuestasaladepresion.com/queesladepresion/queesladepresion.php>, Acceso Septiembre 2011.

Ávila Alejandro, “Psicodinámica de la depresión”, www.um.es/analesps/, Acceso Agosto del 2011, http://www.um.es/analesps/v06/v06_1/04-06_1.pdf

Blog, “Karlfried Graf Dürckheim”, Acceso Septiembre 2011, <http://unmasalla.blogspot.com/2010/04/karlfried-graf-durckheim.html>, Arg23 de abril del 2010

Calderón Narváez Guillermo, Un cuestionario para simplificar el diagnóstico del síndrome depresivo, www.sisbib.unmsm.edu.pe, Acceso Mayo 2011, Perú, http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v60_n2/cuestionario%20hm

Centro de Bienestar y Psicoterapia, Síntomas de la Depresión, www.cbp-psicologos.com, Acceso Mayo 2011, Madrid, <http://www.cbp-psicologos.com/depresion-sintomas-de-la-depresion.htm>

Chisvert Laura, “La depresión”, www.psicologosbarcelona-pbc.com, Acceso 2011, <http://psicologos-barcelona.blogspot.com/2009/09/la-depresion-definicion-13.html>, 2009

Dupont Verónica, “Depresión”, Monografías.com Acceso Septiembre 2011, <http://www.monografias.com/trabajos42/depresion-psicologia/depresion-psicologia.shtml>

Fornasini Adriana, Visión de la psicología iniciática sobre la ansiedad, Quito, www.psiquevita.com, Septiembre del 2011, <http://www.psiquevita.com/articulos/69-enfoque-de-la-psicologia-iniciatica-de-la-ansiedad.html>

Guerra Almudena, “Orígenes de la depression”, Acceso Septiembre 2011, http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/temas_de_salud/doc/salud_mental/doc/doc_depresionb1.htm

Herreros Gerardo, “Depresión, monografía”, Acceso septiembre 2011, <http://herreros.com.ar/melanco/depremonograf.htm>

Nevárez Julio Cabrales, “El abordaje de la depresión desde distintos marcos conceptuales psicológicos”, www.monografias.com/, Universidad Autónoma España de Durango (México) Septiembre, 2006, Acceso Septiembre 2011, <http://www.monografias.com/trabajos-pdf2/abordaje-depresion-psicologia/abordaje-depresion-psicologia.pdf>

Oberst Ursula, “La teoría de los sueños de Carl Gustav Jung”, Acceso Diciembre 2011, www.oberst.es/documentos/psicoanalisis.pdf

Rozados Ricardo, Escala de Zung, www.psicomag.com, Acceso Mayo 2011, http://www.depresion.psicomag.com/esc_zung.php

Glosario

Acausal, Jung utiliza este término al hablar de coincidencias significativas para el individuo que las vivencia, entre las cuales, es impensable un vínculo causal.

Arquetipo, el término fue introducido por Carl Gustav Jung para designar cada una de las imágenes originarias constitutivas del "inconsciente colectivo" y que son comunes a toda la humanidad. Configuran ciertas vivencias individuales básicas y se manifiestan simbólicamente en sueños o en delirios y son contenidos más o menos encubiertos en leyendas, cultos y mitos de todas las culturas.

Dispepsia; comprende todo trastorno de la secreción, motilidad o sensibilidad gástricas que perturben la digestión; designa cualquier alteración funcional asociada al aparato digestivo.

Eléboro; género de angiospermas perteneciente a la familia Ranunculaceae.

Enfermedad de Huntington; (corea de Huntington) conocida antiguamente como baile o mal de San Vito, es un trastorno genético hereditario cuya consideración clínica se puede resumir en que es un trastorno neuropsiquiátrico. Sus síntomas suelen aparecer hacia la mitad de la vida de la persona que lo padece (30 o 50 años) aunque pueden aparecer antes, los pacientes muestran degeneración neuronal constante, progresiva e ininterrumpida hasta

el final de la enfermedad que suele coincidir con el final de su vida por demencia y muerte o suicidio.

Hara; Esta palabra viene del japonés y significa “vientre”, el sentido de esta palabra implica una disposición general del hombre, una actitud libre del pequeño yo, que está establecida en la región del abdomen y de la pelvis. Un hombre con “hara” puede enfrentarse con facilidad y serenidad a las exigencias del mundo y a las del camino interior. Para desarrollarlo hay que servirse de la respiración natural consciente; una región abdominal y lumbar contraídas son un obstáculo para seguir un camino iniciático, esto suele ser extraño para aquellos que creen poder avanzar espiritualmente sin transformación corporal.

Insight; Es un término inglés que significa literalmente "destello de la conciencia" y se usa en psicología para designar la comprensión intuitiva de algo. Mediante un insight el sujeto "capta" e "internaliza" una verdad revelada que trasciende su propio estado de conciencia, su propio ser. Puede ocurrir luego de un trabajo profundo, simbólicamente, o mediante el empleo de diversas técnicas.

Neoplasia; (nuevo crecimiento en griego), es el proceso de proliferación anormal de células en un tejido u órgano. Un neoplasma que forma una masa diferenciada se denomina tumor y puede ser benigno o maligno. Otros pueden no formar tumores sólidos, como la neoplasia cervical intraepitelial y la leucemia.

Neurolépticos; Un neuroléptico o antipsicótico es un fármaco que comúnmente es usado para el tratamiento de las psicosis. Ejerce modificaciones fundamentalmente en el cerebro y pueden servir en casos de esquizofrenia para hacer desaparecer las alucinaciones.

Neurotransmisor (o neuromediador); es una sustancia química que transmite información de una neurona a otra atravesando el espacio que separa dos neuronas consecutivas (la sinapsis).

Núcleo Sagrado; El núcleo es la noción de que el mundo está en orden y que nosotros somos el mundo, por lo tanto, tenemos un orden.

Numinoso; orden de la consciencia en que ésta capta algo misterioso y superior que inspira temor y reverencia.

Recidiva; reaparición de una enfermedad poco después del periodo de convalecencia.

Zazen, Za significa sentarse y Zen, en meditación, el secreto del Zen consiste en sentarse sin finalidad alguna en una postura de concentración, esta manera de sentarse se llama Zazen.

Sí mismo; (self) Jung lo define como un arquetipo central del inconsciente colectivo, la Totalidad, el sí mismo es una unión de los opuestos. Se representa simbólicamente por el círculo, cuaternidad, etc. Representa el fin del proceso de individuación.

Síndrome de Cushing; (hipercortisolismo), es una enfermedad provocada por el aumento de la hormona cortisol. Puede producir obesidad, acné, amenorrea, disminución de la libido, depresión, etc.

Somatoformes; Hablamos de trastornos somatoformes cuando existen unos síntomas físicos sin que existan hallazgos orgánicos o mecanismos fisiológicos demostrables y además hay pruebas o firmes presunciones de la existencia de factores o conflictos psicológicos ligados a ellos.

Anexos

ANEXO 1

REIR LLORANDO

Viendo a Garrik —actor de la Inglaterra—
 el pueblo al aplaudirle le decía:
 «Eres el más gracioso de la tierra
 y el más feliz...»
 Y el cómico reía.

Víctimas del spleen, los altos lores,
 en sus noches más negras y pesadas,
 iban a ver al rey de los actores
 y cambiaban su spleen en carcajadas.

Una vez, ante un médico famoso,
 llegóse un hombre de mirar sombrío:
 «Sufro —le dijo—, un mal tan espantoso
 como esta palidez del rostro mío.

»Nada me causa encanto ni atractivo;
 no me importan mi nombre ni mi suerte
 en un eterno spleen muriendo vivo,
 y es mi única ilusión, la de la muerte».

—Viajad y os distraeréis.
 — ¡Tanto he viajado!
 —Las lecturas buscad.
 —¡Tanto he leído!
 —Que os ame una mujer.
 —¡Si soy amado!
 —¡Un título adquirid!
 —¡Noble he nacido!
 —¿Pobre seréis quizá?
 —Tengo riquezas
 —¿De lisonjas gustáis?
 —¡Tantas escucho!
 —¿Que tenéis de familia?
 —Mis tristezas
 —¿Vais a los cementerios?
 —Mucho... mucho...
 —¿De vuestra vida actual, tenéis testigos?
 —Sí, mas no dejo que me impongan yugos;
 yo les llamo a los muertos mis amigos;
 y les llamo a los vivos mis verdugos.
 —Me deja —agrega el médico— perplejo

vuestro mal y no debo acobardaros;
 Tomad hoy por receta este consejo:
 sólo viendo a Garrik, podréis curaros.

—¿A Garrik?

—Sí, a Garrik... La más remisa
 y austera sociedad le busca ansiosa;
 todo aquél que lo ve, muere de risa:
 tiene una gracia artística asombrosa.

—¿Y a mí, me hará reír?

—¡Ah!, sí, os lo juro,
 él sí y nadie más que él; mas... ¿qué os inquieta?

—Así —dijo el enfermo— no me curo;
 ¡Yo soy Garrik!... Cambiadme la receta.

¡Cuántos hay que, cansados de la vida,
 enfermos de pesar, muertos de tedio,
 hacen reír como el actor suicida,
 sin encontrar para su mal remedio!

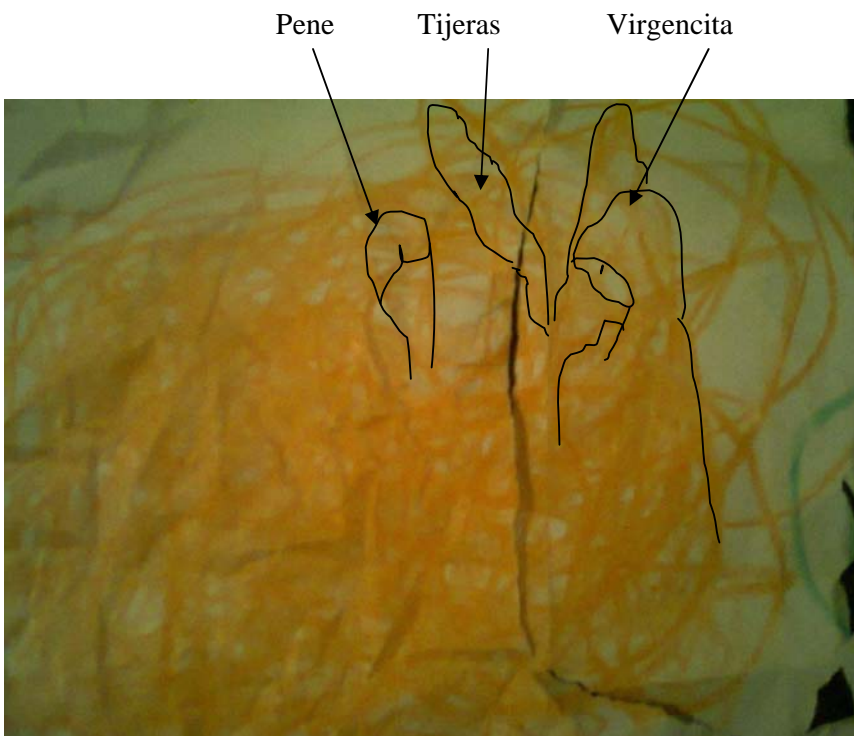
¡Ay! ¡Cuántas veces al reír se llora!
 ¡Nadie en lo alegre de la risa fíe,
 porque en los seres que el dolor devora,
 el alma gime cuando el rostro ríe!

Si se muere la fe, si huye la calma,
 si sólo abrojos nuestra planta pisa,
 lanza a la faz la tempestad del alma,
 un relámpago triste: la sonrisa.

El carnaval del mundo engaña tanto,
 que las vidas son breves mascaradas;
 aquí aprendemos a reír con llanto

y también a llorar con carcajadas.

ANEXO 2



ANEXO 3



ANEXO 4



ANEXO 5

