



# Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 25 No. 4

Diciembre de 2022

## PSICOTERAPIA GESTALT: UNA INTERVENCIÓN PARA LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Andrés Felipe Montoya González<sup>1</sup>  
Francisco Antonio Calderón González<sup>2</sup>  
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez  
México

### RESUMEN

La depresión a nivel mundial es una enfermedad reconocida que se caracteriza por síntomas variados en las diferentes áreas como la conductual, afectivo, cognitivo y social. Se pretendió analizar los cambios en la sintomatología depresiva de dos estudiantes universitarios mediante un proceso de terapia Gestalt. Se utilizó un enfoque cualitativo, con la incorporación de instrumentos cuantitativos que dieran soporte a los resultados. Se llevó a cabo proponiendo 11 sesiones de psicoterapia individual virtual. El proceso se documentó a nivel cualitativo con grabaciones de audio, cuestionario Helpful Aspects of Therapy de Llewelyn y una bitácora. La medición se realizó mediante instrumentos estandarizados como el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, Inventario de Depresión de Beck y la prueba de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama. Los resultados destacados fueron el impacto favorable a la hora de afrontar síntomas depresivos como consecuencia de haber aumentado la capacidad de darse cuenta de la persona, el haber identificado los bloqueos gestálticos y desarrollar las estrategias de afrontamiento. La intervención logra modificar a favor los síntomas depresivos, al igual que fortalecer la frecuencia de estrategias de afrontamiento apropiadas para el ajuste a situaciones estresantes, y transformar los bloques gestálticos a una forma biopositiva para el organismo.

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

<sup>1</sup> Docente de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Correo Electrónico: [felipe.montoya@uaci.mx](mailto:felipe.montoya@uaci.mx)  
ORCID 0000-0001-9410-449X

<sup>2</sup> Docente de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Correo Electrónico: [francisco.calderon@uaci.mx](mailto:francisco.calderon@uaci.mx)  
ORCID 0000-0002-2151-7450

# GESTALT PSYCHOTHERAPY: AN INTERVENTION FOR DEPRESSIVE SYMPTOMS IN UNIVERSITY STUDENTS

## ABSTRACT

Depression worldwide is a recognized disease characterized by varied symptoms in the behavioral, affective, cognitive, and social areas. It was pretended to analyze the changes in depressive symptoms in university students through a process of Gestalt psychotherapy. A qualitative approach was used, with the incorporation of quantitative instruments to support the results. It was carried out with 11 sessions of individual psychotherapy in a virtual modality. The process was documented at a qualitative level with audio recordings, Llewelyn's Helpful Aspects of Therapy questionnaire, and a logbook. The measurement was carried out using standardized instruments such as the Lazarus and Folkman Coping Styles Questionnaire, Beck Depression Inventory, and Salama's Gestalt Psychodiagnosis test. The results showed a favorable impact when facing depressive symptoms as a result of having increased the person's awareness, having identified contact interruptions, and developing coping strategies. The intervention manages to modify depressive symptoms, as well as strengthen the frequency of coping strategies appropriate for adjustment to stressful situations, and transformation of contact interruptions to a positive adjustment for the organism.

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

La depresión como enfermedad mental va creciendo en la población en general, la Organización Mundial de la Salud [OMS] estimó que 300 millones de personas la padecen en el mundo (OMS, 2018). La depresión desde el año 2005 hasta el 2015 aumentó en un 18.4% según la Organización Panamericana de la Salud [OPS], en 2015 era un 4.4% la población mundial con depresión (OPS, 2017a).

En América Latina y la región Caribe, en el año 2012 se identificó que el 5% de personas tenían este diagnóstico, y un dato que llamó la atención es que el 60% no recibía atención (OPS, 2012). Los rangos de depresión oscilan entre 2% y 6% a nivel mundial, y en México se mantuvo entre 2.64% y 2.79% entre los años 1990 y 2017 respectivamente (Ritchie & Rosner, 2018).

En México según el Instituto Nacional de Geografía e Información [INEGI] el 32.5% de la población mayor de 12 años ha tenido sentimientos depresivos, en las edades

de 15 a 29 años se presentó un 25.8% siendo el segmento más representativo (INEGI, 2017).

En México se han realizado estudios que identifican que los estudiantes universitarios presentan síntomas depresivos o llegar hasta un trastorno depresivo mayor (Martínez-Martínez et al., 2016). El mantenimiento de la pandemia por COVID-19 aumentó en un 25% según un estudio en México, se espera que siga en aumento, y esto se explica a causa del agotamiento, desempleo, la privación de la libertad, múltiples pérdidas, entre otras situaciones (Rodríguez, 2021).

En Ciudad Juárez se estiman que 11 592 adultos jóvenes podrían presentar sintomatología depresiva, este dato obtenido por el número de adultos de esas edades reportados por el INEGI (2015), el número de ingresos a licenciatura reportado por el Instituto Municipal de Investigación y Planeación (IMIP, 2019), y usando el porcentaje de personas con sentimientos de depresión de 32.5% (INEGI, 2017).

Dentro de las universidades se cuentan con coordinaciones y dependencias al servicio del cuerpo estudiantil, en el caso de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez cuenta con la Coordinación de Orientación y Bienestar Estudiantil [COBE]. Los motivos de consulta por síntomas depresivos ocupan el primer puesto, seguido por ansiedad, depresión y situaciones familiares. Son grandes los esfuerzos que se realizan por parte de las instituciones de educación superior para atender las necesidades psicológicas, sin embargo, no ha sido suficiente. Por lo tanto, se destaca la importancia de aumentar la comprensión acerca de este fenómeno en los jóvenes universitarios (COBE-ICB, 2020).

Aunque existen programas por la iniciativa de la OMS como el programa mhGAP que pretende formar a profesionales de áreas diversas con el fin de acortar la brecha de atención (OMS, 2019a). Otras campañas como *Depresión: Hablemos*, que promueve que las personas busquen ayuda con más frecuencia (OPS, 2017b). En México hay iniciativas, por ejemplo, en Jalisco la campaña estatal de la depresión y ansiedad (Villa, 207), el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2008), tiene un sitio web orientador con información para el manejo de la depresión de tipo de autoayuda.

Por otra parte, la depresión y sus síntomas han sido objeto de intervención, se identificaron propuestas desde diferentes enfoques de intervención psicológica. Intervenciones basadas en psicoeducación, activación conductual, autoinstrucciones de afrontamiento, asertividad, respiración diafragmática, técnicas de autoestima y reestructuración cognitiva (Antón-Menárguez et al., 2016). En un estudio con mujeres de Castaño-Cervantes (2018) los objetivos fueron trabajar en el bienestar subjetivo, comportamiento asertivo y regulación emocional desde un modelo cognitivo conductual, se usó psicoeducación, desarrollo de estrategias de afrontamiento, identificación de pensamientos favorables, solución de problemas, juegos de roles y creación de planes. En otro estudio también se abordó desde la terapia cognitivo conductual usando psicoeducación, tareas, el modelo ABCD de Albert Ellis, entrenamiento en estrategias de afrontamiento y planes de acción (Hemati-Almadarloo et al., 2019).

En relación con los estudios humanistas se encontraron el de Ellison et al. (2000) donde se aplicó una terapia centrada en la emoción – similar a la terapia procesual o Gestalt – resultó ser más efectiva que la centrada en la persona. Otro estudio comparativo de la psicoterapia procesual-experiencial y cognitivo-conductual (Watson et al., 2003), el grupo que recibió la segunda presentó menos problemas interpersonales. Carriles (2017) realizó un estudio de caso único aplicando psicoterapia Gestalt para el tratamiento de depresión mayor en Puebla, México, en el que se integraron técnicas gestálticas supresivas, expresivas e integrativas, y trabajo con polaridades.

También se han realizado trabajos grupales desde la terapia Gestalt con adolescentes con síntomas depresivos (Cook, 1999), otro trabajo con grupos en donde se comparó la terapia grupal de modelo cognitivo en comparación con psicoterapia enfocada en la expresión que es una forma de psicoterapia Gestalt manualizada (Rosner, et al. (2000). En Culiacán, México, se aplicaron tratamientos a tres grupos, uno con terapia con hipnosis, otro con terapia Gestalt con hipnosis y el otro fue el grupo control (González-Ramírez et al., 2017).

La terapia Gestalt fue creada al conjugar distintos saberes, el psicoanálisis, la filosofía zen, la fenomenología y el existencialismo por mencionar algunos. Se basa

en la Gestalt que se define como una configuración que se presenta en el organismo, según Perls (1976) es la forma peculiar en la que el individuo u organismo hace la organización de su experiencia vinculando todas las partes que la componen. Dentro de los objetivos de esta terapia se destaca el hecho en que la persona logre la integración de la mente y cuerpo, que se refiere a sentir con el cuerpo y pensar con la mente (Castanedo, 2008). Dice Perls (1976) que las emociones son las facilitadoras para que el sujeto pueda darse cuenta de lo que necesita, tanto a nivel físico, psicológico, y otro tipo de necesidades, y a partir de eso es que el individuo moviliza recursos para alcanzar la satisfacción.

Uno de los conceptos centrales de esta terapia es el darse cuenta, que se refiere a la capacidad que tiene el individuo de contactar con lo que es o está sucediendo en el campo, es más allá de la modificación de la conducta (Yontef, 1997). En palabras de Muñoz (2008) se relaciona con la percepción de lo que sucede aquí y ahora con todo el organismo, es más que la mera consciencia racional. Lo que provoca una experiencia integral y compleja, no solo teniendo en cuenta el aspecto cognitivo, se involucran también los niveles emocional y sensoriomotor, que serían los recursos que usa el organismo para entrar en contacto con el ambiente (Yontef, 1997).

En este trabajo se utilizó una de las herramientas para analizar el ciclo que tiene una Gestalt llamado el ciclo de la experiencia. Varios autores han presentado su propuesta al respecto, se tomó la postura de Salama (2012) que se compone de 8 fases, un momento pasivo en el que el organismo carece de acción y el momento activo que corresponde al momento de movilización hacia la satisfacción.

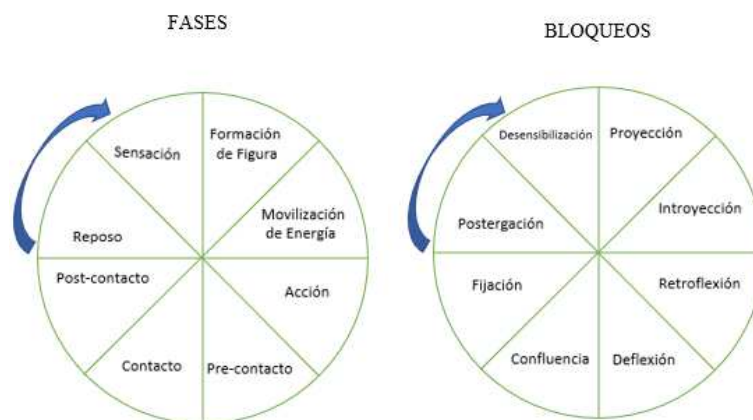


Figura 1. Fases del ciclo Gestalt de Salama y sus respectivos bloqueos

Los bloqueos gestálticos se han llamado antes como estilos de contacto, mecanismos neuróticos, sin embargo, se refieren a una forma de impedir el flujo de energía para la consecución de una necesidad o una Gestalt (Salama, 2012). Cada uno de esos bloqueos tiene una forma nutritiva o tóxica, que nombra biopositiva o bionegativa respectivamente (Salama, 2002).

## MÉTODO

Este estudio se basó en un enfoque cualitativo desde el marco fenomenológico interpretativo, con un diseño de estudio de caso múltiple. Al tratarse de un estudio cualitativo el trabajo se concentró en la comprensión y descripción del fenómeno, no obstante, adicionalmente se utilizaron recursos cuantitativos como un diseño pretest-postest para la medición de síntomas y características que dieran soporte al trabajo realizado.

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

Instrumentos. Se utilizaron instrumentos que permitieran dar cuenta de los síntomas en el nivel cuantitativo y cualitativo.

Inventario de Depresión de Beck BDI-II. Estandarizada en México por Jurado et al. (1998), compuesta por 21 ítems de respuesta tipo Likert de 0 a 3 en donde se eligen los números según la intensidad del síntoma, mide desde la ausencia de síntomas hasta la presencia de síntomas que dan cuenta de una depresión severa. Se califica con la suma de la totalidad de puntos de cada ítem, en caso de ser menor a 10 se considera ausencia o depresión leve; entre 10 y 18 se denomina depresión leve a moderada; de 19 a 29 como depresión moderada a severa, y en valores mayor a 30 se considera depresión severa. La validez fue de ( $r=0.70$ ) y la consistencia interna de ( $\alpha=0.87$ ).

Cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman. Este cuestionario mide ocho estilos de afrontamiento, enfrentamiento confrontativo ( $\alpha= 0.70$ ), distanciamiento ( $\alpha= 0.61$ ), autocontrol ( $\alpha= 0.70$ ), búsqueda de apoyo social ( $\alpha=$

0.76), responsabilidad ( $\alpha = 0.66$ ), escape-evitación ( $\alpha = 0.72$ ), trazo de un plan orientado al problema ( $\alpha = 0.68$ ), y reevaluación positiva ( $\alpha = 0.79$ ). Fue validada en Ciudad de México con un alfa de Cronbach de 0.85 (Zavala et al., 2008). Son 67 ítems tipo Likert de 0 a 3 en relación con la frecuencia de uso para cada estrategia de afrontamiento (Folkman, et al., 1986).

Test de Psicodiagnóstico Gestalt. Consiste en 40 reactivos que se valoran con (Si-Verdadero) y (No-Falso). Tiene 32 reactivos que se relacionan con los bloqueos gestálticos, y 8 reactivos nulos. Los bloqueos gestálticos que se evalúan son Postergación; desensibilización; proyección; introyección; retroflexión; deflexión; confluencia; y fijación. El TPG es un instrumento que sometido a pruebas de exactitud de índice Kappa para ser validación. Además, tiene una sensibilidad de 78.7 %, especificidad 91 %, confiabilidad 93 % y exactitud 93 % (Salama, 2002).

Helpful Aspects of Therapy Form. Se utilizó una adaptación de un cuestionario de preguntas abiertas de autoreporte que permite a las personas describir los eventos significativos de las sesiones, evaluar si los eventos fueron obstaculizantes o beneficios, y por último describir en una palabra su sentir al finalizar la sesión (Llewelyn, 1988).

Entrevista semiestructurada. Permitiendo un grado de flexibilidad se diseñaron preguntas para conocer el estado de ánimo de los participantes, factores estresantes, antecedentes significativos, diagnósticos previos, y datos generales relacionados con las áreas familiar, profesional, social y educativa. Para fine de este estudio se utilizó una guía que incluye los temas a cubrir sin preguntas específicas, sin secuencia estricta.

Bitácora. Se utilizó como herramienta cualitativa para ampliar la comprensión del fenómeno, se dedicó a proporcionar el seguimiento de los cambios a través de un registro de pensamientos, conductas, emociones, dificultades, logros, aprendizajes y otros.

Procedimiento. Se impartieron 11 sesiones de psicoterapia una vez por semana, en la primera sesión se realiza la firma del consentimiento informando junto con la aplicación de los instrumentos para la medición antes de la intervención. Posteriormente se concluyó con la totalidad de las sesiones, en la última se realiza

una medición después de la intervención y un seguimiento de los síntomas depresivos a los tres meses posteriores a la última sesión. Se obtuvieron videograbaciones de cada sesión, el contenido verbal ha sido transcrito textualmente, después se organizó la información de acuerdo con cada sesión para poder realizar un análisis de lo particular a lo general.

Posteriormente se da sentido a los datos, se utiliza un método de codificación del contenido. Se realizaron basados en la propuesta de Saldaña (2016), se dividió en dos ciclos, en el primer ciclo se codifica por atributo para registrar las características de los participantes e información descriptiva básica; codificación de proceso para destacar las palabras que simbolizan acciones; la codificación emocional para etiquetar las emociones mencionadas o experimentadas; y codificación de valores en donde se resaltan los valores, creencias, actitudes y representaciones del mundo por parte de los participantes. Para el segundo ciclo se utilizó una codificación que permitió reorganizar, consolidar y disminuir el número de códigos. Para este segundo se utilizaron la codificación por patrones de tipo explicativo o inferenciales para denotar el tema emergente o configuraciones que permitan la agrupación de conceptos, constructos y temas. Posterior a la codificación se procedió a realizar análisis de contenido usando el método de Philipp Mayring (2000) con ocho fases. Paralelamente los datos obtenidos se procesaron en el paquete estadístico SPSS para realizar la valoración de los cambios antes y después de la intervención.

## RESULTADOS

### Descripción de Participantes

#### *BAN*

Mujer de 23 años, estudiante de licenciatura en nutrición a puertas de culminar sus estudios. Vive con su padre, madre y tres hermanos en vivienda familiar. Mantiene una relación distante con todos excepto con su padre. Al momento de la atención tenía una relación de pareja con un hombre de 7 años de duración con el que mantiene una relación cercana de apoyo y comunicación. Los objetivos iniciales fueron enfocados en la autoestima y fortalecimiento de su personalidad. Se



destacaron síntoma de tristeza, alteración en el apetito, dificultad para descansar y lidiar con el estrés.

### *PBM*

Hombre de 20 años cursando tercer semestre de licenciatura en química. Hijo mayor de padre divorciados. Vive con su madre, tío materno y hermana menor. Tiene otro hermano que vive con abuela por parte de su madre. Mantiene una relación distante con su padre, están trabajando para reconectar. El motivo de solicitar el servicio se relacionó con un miedo irracional a la muerte, por una sensación de no haber hecho todo lo que ha querido. Refirió síntomas de llanto fácil, escalofríos, taquicardia, alteraciones del sueño, apetito, no obstante, no evidenció consciencia de algunos como síntomas.

### Condición Final de los Participantes

En la tabla 1 se aprecia el resultado de las mediciones del Inventario de Depresión de Beck antes y después de la intervención, y el resultado del seguimiento, junto con los síntomas depresivos, en donde se destaca una disminución notoria de los síntomas depresivos por cada participante.

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

Tabla 1. Evolución de síntomas depresivos e Inventario de Depresión de Beck

El resultado obtenido de la participante BAN en cuanto a los bloqueos gestálticos es presentado en al Tabla 2, denotando que los de postergación, desensibilización

y proyección se encontraron libres, introyección, retroflexión y confluencia funcionales, y deflexión y fijación en estado ambivalente.

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

Tabla 2. Pre-test y post-test del Test de Psicodiagnóstico Gestalt – BAN

Para las estrategias de afrontamiento de esta participante se evidenció un aumento considerable en la frecuencia de uso de los estilos de confrontación, distanciamiento, búsqueda de apoyo, aceptación de la responsabilidad, planificación y reevaluación positiva. Disminuyó el uso del estilo de huida-avoidancia como se muestra en la Tabla 3.

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

Tabla 3. Pre-test y post-test de Cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman – BAN

El participante PBM tuvo desarrollos en los bloqueos de postergación y confluencia, se encontraron en estado libre, los de desensibilización, introyección, deflexión y fijación en estado funcional, y los de proyección y retroflexión se mantuvieron.

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

Retroflexión	4	Ambivalente	4	Ambivalente
Deflexión	4	Ambivalente	2	Funcional
Confluencia	4	Ambivalente	0	Libre
Fijación	4	Ambivalente	2	Funcional

Tabla 4. Pre-test y post-test de Test de Psicodiagnóstico Gestalt – PBM

En la tabla 5 se evidencia el resultado de PBM con el aumento de las estrategias de afrontamiento de confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo, planificación y reevaluación positiva. No obstante, hubo disminución en el uso de la aceptación de la responsabilidad y huida-avoidancia.

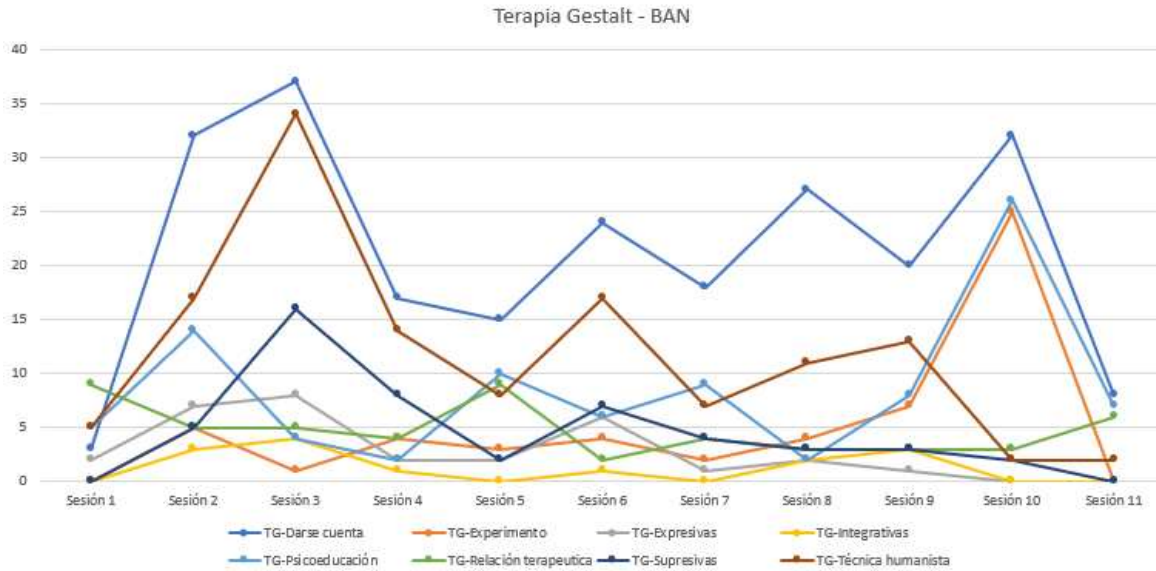
Estrategia de afrontamiento	Pret-test	Post-test
Confrontación	0,66	0,83
Distanciamiento	1,00	1,50
Autocontrol	1,22	1,55
Búsqueda de apoyo	1,20	1,4
Aceptación de la responsabilidad	2,5	1,25
Huida-avoidancia	1,77	1,33
Planificación	0,87	1,375
Reevaluación positiva	0,57	1,42

Tabla 5. Pre-test y post-test de Cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman – PBM

### Descripción por categorías

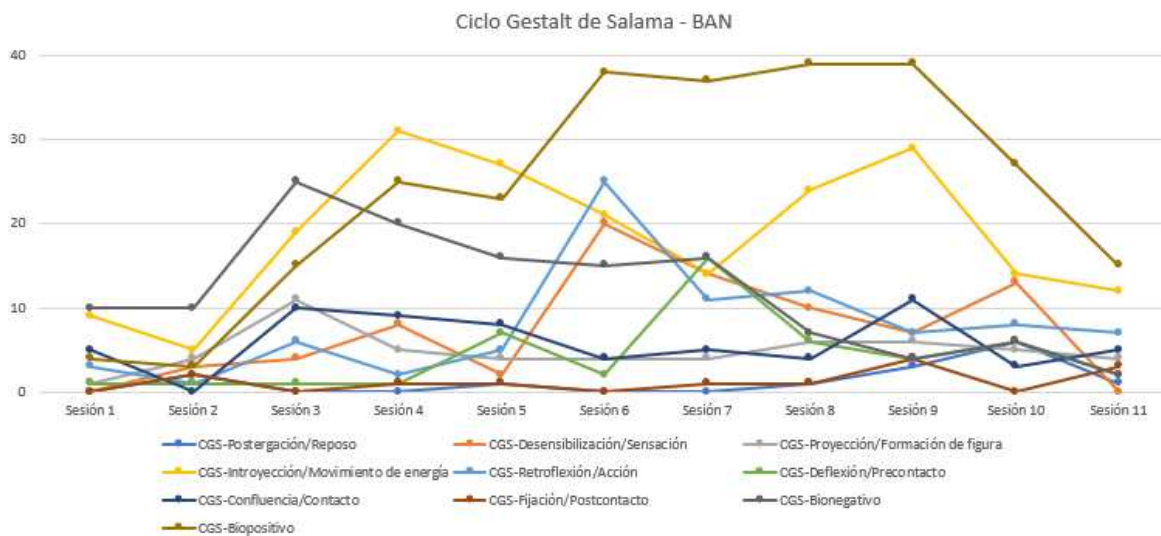
Se describen en seguida las categorías trabajadas durante el procesamiento de los datos cualitativos, se usó el software Atlas-ti para depurar la información, se propusieron cinco categorías de análisis: Terapia Gestalt que se refirió a la identificación de técnicas utilizadas; ciclo Gestalt de Salama para identificar las fases del ciclo de la experiencia y sus respectivos bloqueos; cambio terapéutico para denotar los avances y desarrollos de los participantes; estrategias de afrontamiento para destacar la presencia y frecuencia; factores de depresión para identificar los contenidos, mantenedores o detonantes; y síntomas depresivos para ubicar los nueve síntomas y su presencia durante las sesiones.

Se presenta en la Gráfica 2 las técnicas más utilizadas para la participante BAN, se destacan las humanistas que engloban varias técnicas, se mantienen constantes durante toda la intervención y además se evidencia la influencia que tienen para aumentar el darse cuenta.



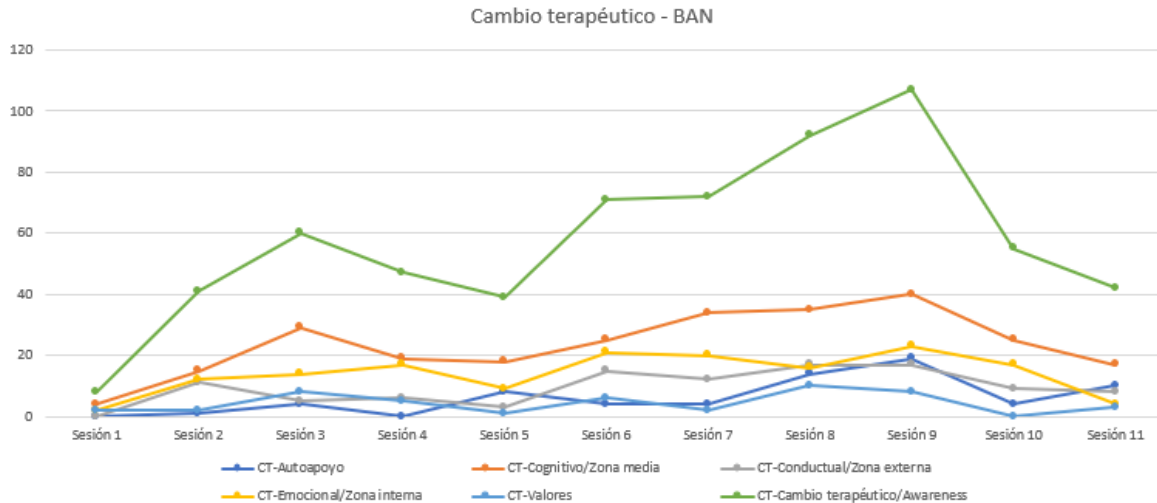
Gráfica 2. BAN - Terapia Gestalt

En la Gráfica 3 se evidencian los bloqueos gestálticos más trabajados durante todo el proceso, introyección, retroflexión y desensibilización, también se puede apreciar el cambio en las formas bionegativas de cada uno hacia unas formas biopositivas.



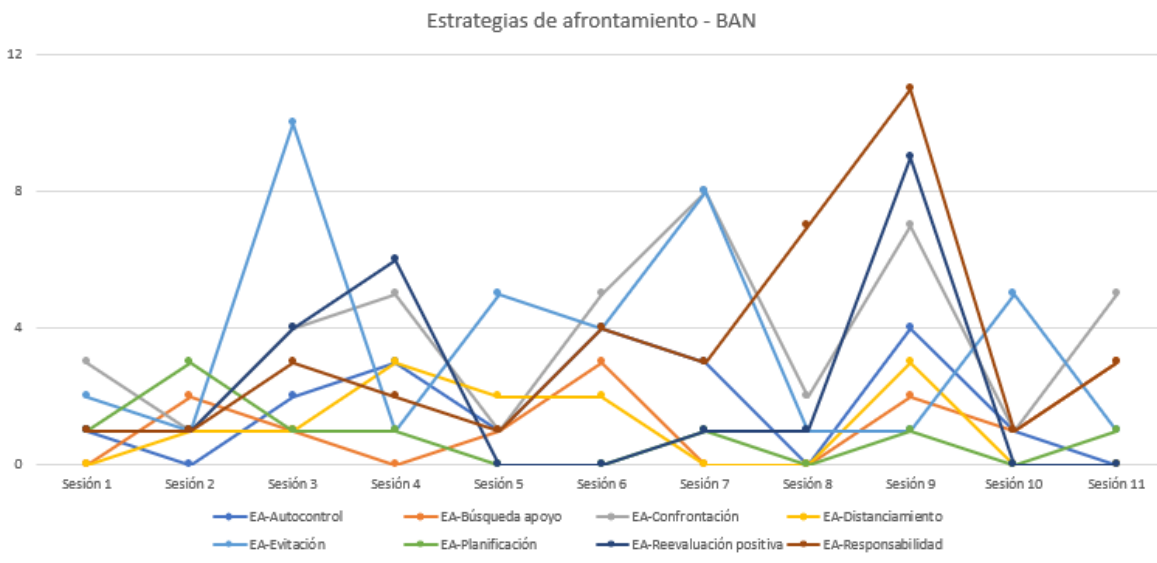
Gráfica 3. BAN - Ciclo Gestalt de Salama

En la figura 4 se muestra la forma en la que se consolida el cambio terapéutico, se observó un crecimiento paulatino, y es notorio en el autoapoyo que es la característica de salud más importante de la terapia Gestalt.



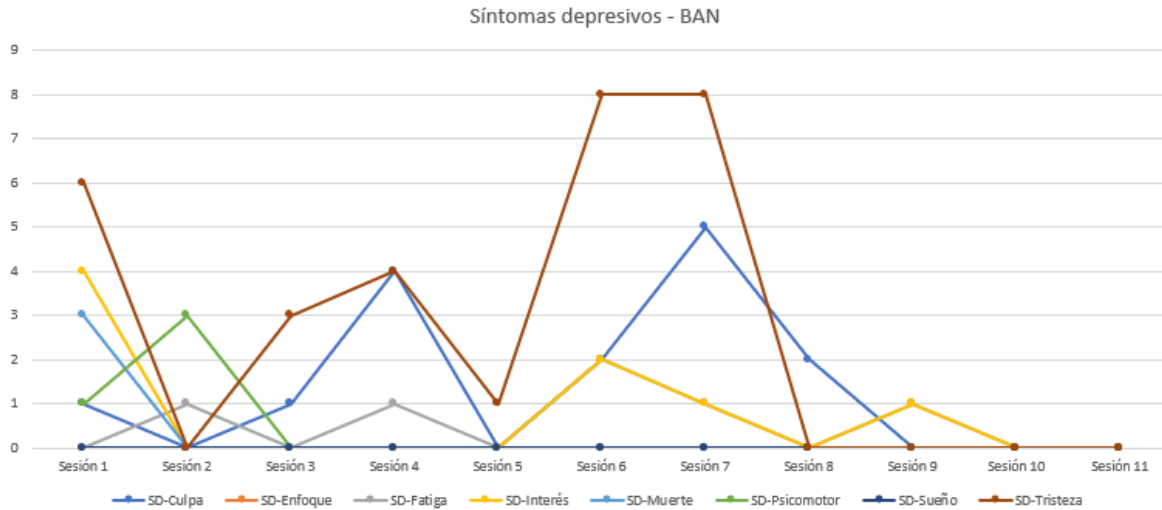
Gráfica 4. BAN - Cambio terapéutico

Las estrategias de afrontamiento y su evolución se muestran en la Gráfica 5, destaca el estilo de huida-avoidancia que disminuye posterior a la tercera sesión para darle paso a las demás estrategias como la confrontación, reevaluación positiva y la aceptación de la responsabilidad.



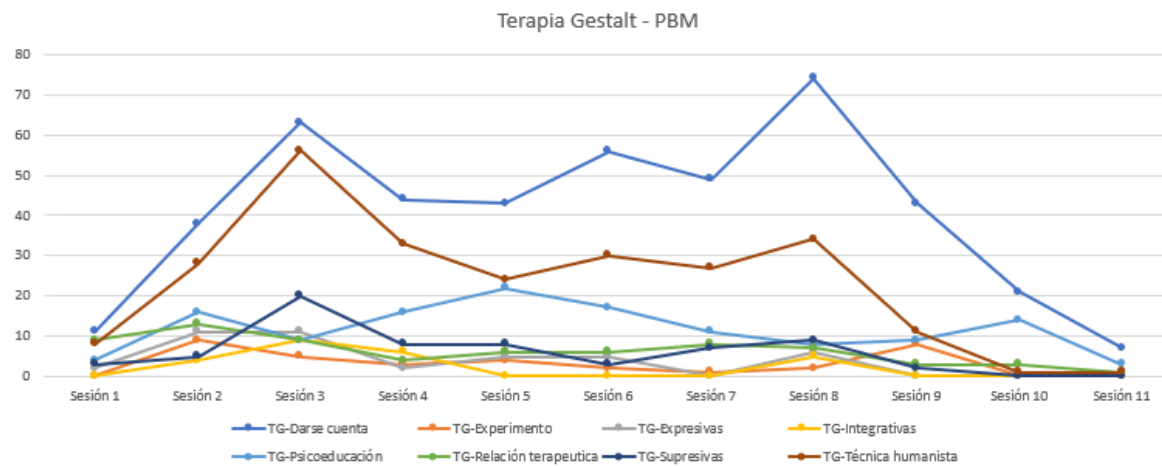
Gráfica 5. BAN - Estrategias de afrontamiento

Por último, de la participante BAN se muestra en la Gráfica 6 la evolución en cuanto a los síntomas depresivos, se resalta la sesión 6 que se intensifica uno de los síntomas temporalmente debido a un evento extraordinario.



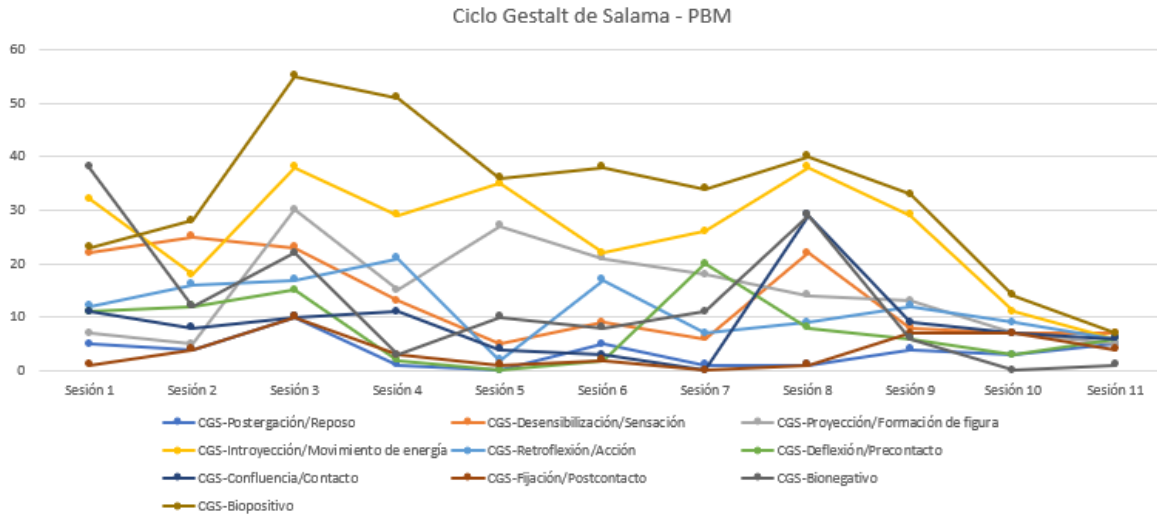
Gráfica 1. BAN - Síntomas depresivos

A continuación, se presentan la misma información del segundo participante, en la Gráfica 7 se muestra el uso de técnicas y destaca la psicoeducación como un buen complemento del proceso de psicoterapia. Es importante mencionar que en las últimas sesiones no hay presencia de muchas técnicas debido a que se está realizando el cierre.



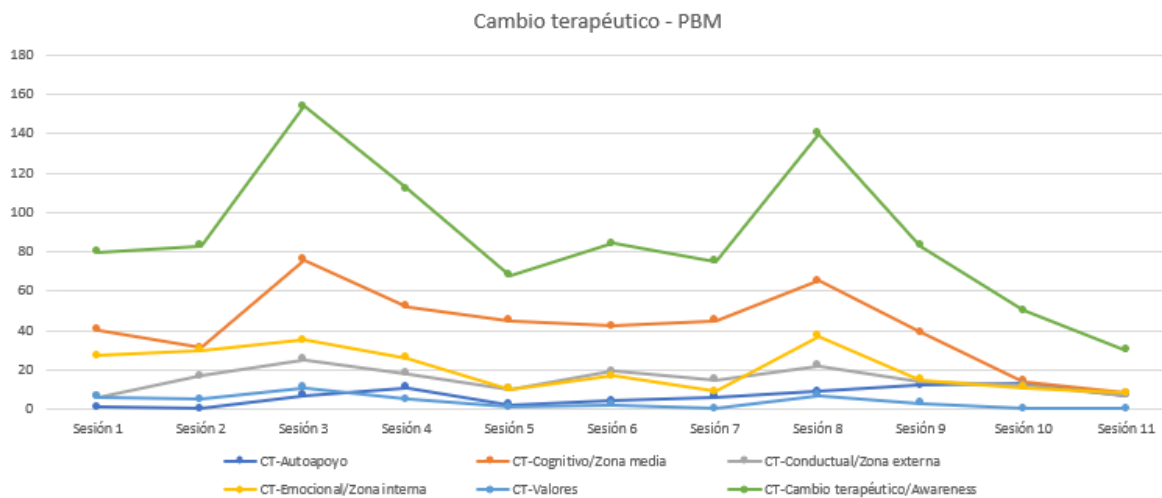
Gráfica 7. PBM - Terapia Gestalt

Se puede observar en la Gráfica 8 que el bloqueo en el que más se enfocó el trabajo fue el de introyección, junto con el de proyección y confluencia. También se reconoce la transformación hacia una forma biopositiva para el organismo.



Gráfica 8. PBM - Ciclo Gestalt de Salama

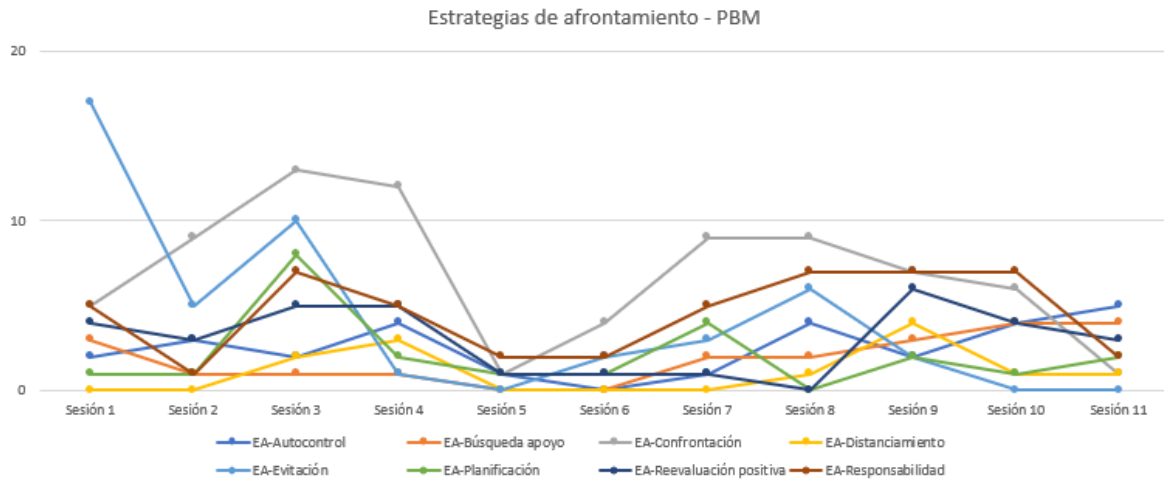
Los cambios terapéuticos del participante PBM se observan en la Gráfica 9 y se destacó la importancia del trabajo realizado a nivel cognitivo o de zona media, no obstante, no se descuida el trabajo en otras zonas, así como en la búsqueda del autoapoyo.



Gráfica 9. PBM - Cambio terapéutico

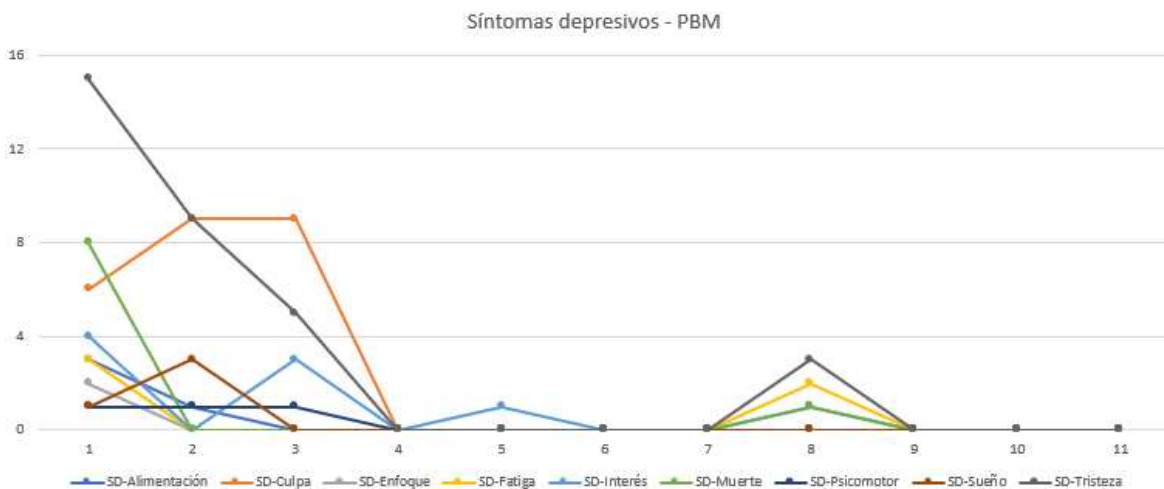
En la Gráfica 10 se resaltan las estrategias más frecuentes, al comienzo se encuentra también el estilo de huida-evitación y su disminución paulatina al igual que la primera participante. Se fortalecen las estrategias de confrontación,

reevaluación positiva y aceptación de la responsabilidad, cosa que también se asemeja en los dos casos.



Gráfica 10. PBM - Estrategias de afrontamiento

Por último, en la gráfica 11 se presenta la evolución del participante PBM frente a los síntomas depresivos.



Gráfica 11. PBM - Síntomas depresivos

## DISCUSIÓN

Es conocido que la depresión depende de la interacción de varios factores como experiencias de la vida que son estresantes de distinta índole, así como factores familiares, altos niveles de ansiedad en distintas áreas (Arrieta et al, 2014). Esto fue identificado en el contenido emergente por parte de los participantes, se destacó que tuvieron bastante influencia los problemas familiares, las dificultades



académicas, las relaciones interpersonales, y el estrés de la vida cotidiana, añadiendo el factor de la pandemia por COVID-19 que se vivió durante el momento de la intervención. Para los dos participantes fueron relevantes las áreas personal, académica, familiar y relacional.

Según dicen Londoño y González (2016) cuando se presentan síntomas depresivos tienen que ver aspectos de tipo biológico, dificultades ambientales, eventos sociales que implican un reto y aspectos psicológicos. Se pudo evidenciar la interacción de estos factores, pero los síntomas varían según cada situación de vida, las variaciones se presentan en frecuencia, duración e intensidad. Las formas de afrontamiento y el cómo se vivencia el ciclo de la experiencia permitió aumentar la comprensión del fenómeno, y no sólo identificar la presencia, mejoría o ausencia de sintomatología. Fue notorio las similitudes en las estrategias de afrontamiento que usaron los participantes al inicio de la intervención, y también al finalizar las sesiones. Se destacó al comienzo el estilo de huida-evitación, y al final se notó el aumento en otros como el de confrontación, reevaluación positiva y aceptación de la responsabilidad.

La influencia del estrés se relacionó con el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas para resolver situaciones, concuerda con lo que propuso Burnett (2019) acerca del desarrollo de síntomas cuando las situaciones estresantes exceden los recursos de la persona para adaptarse.

Dado los múltiples trabajos con síntomas depresivos que denotan la importancia de la psicoeducación, se pudo incorporar de forma satisfactoria durante el curso de las sesiones, es un enfoque que no sobra independientemente del marco de referencia (Castaño-Cervantes, 2018; Hemati-Alamdarloo et al., 2019).

Durante la intervención se trabaron distintos aspectos, entre ellos la emoción y la capacidad de tomar consciencia de ella, de esa manera se produjo una disminución de síntomas, como en estudios con terapia enfocada en la emoción de Ellison et al. (2000) y otro con una terapia enfocada en la experiencia de Watson et al. (2003) que obtuvieron resultados satisfactorios para el manejo de sintomatología depresiva.

Un aspecto importante por destacar fue el intento de tratar de organizar una intervención en un enfoque que en ocasiones carece de estructura, se le apuntó a generar un tipo de manual, así como Rosner et al. (2000) que también lo intentaron, se destaca de su estudio las técnicas incorporadas que también se usaron varias para la intervención propuesta, como dialogo de dos sillas, ejercicios de darse cuenta o fantasía dirigida.

Dentro de los hallazgos más importantes fue el trabajo realizado para aumentar la capacidad de darse cuenta de sí mismo y el entorno, tal como sugiere (Castanedo, 2008). Esta capacidad contribuye notoriamente al cambio terapéutico, más allá de las técnicas que se pudieron haber aplicado, es el enfoque al desarrollo de dicha capacidad lo que permitió ver la disminución de la sintomatología. Así como decía Perls (1976) que el individuo requiere identificar qué es lo que necesita para poder administrar sus recursos para lograr contactar con el satisfactor y atender su necesidad.

Esa capacidad habilita a que la persona pueda reconocer las formas en las que interrumpe el correcto cierre de una necesidad, en el entendido que el malestar puede ser experimentado por la falta de consciencia entre las polaridades del organismo, por lo tanto, de no integrarse y trabajarse se manifiesta como una neurosis (Tyson y Range, 2003).

Durante toda la intervención se tuvieron en cuenta los síntomas descritos en el manual diagnóstico de trastornos mentales (APA, 2014), se pudieron evidenciar en distintas ocasiones y también se destacaron las experiencias subjetivas acerca de cada uno, considerando también la situación extraordinaria de pandemia.

Se tuvieron en cuenta las formas de afrontamiento y se denotan diferencias basadas en el género en concordancia con lo que refirió el National Institute of Mental Health (2007), por ejemplo, en el hombre se presentaron síntomas de irritabilidad, fatiga, disminución de las actividades placenteras y dificultades con el sueño. Por otra parte, en la participante mujer hubo predominancia por la tristeza, culpa e ideas de minusvalía con una frecuencia más representativa.

En relación con los determinantes sociales, así como refieren González-Forteza et al. (2015) pueden cambiar dependiendo de los recursos que tenga la persona y el

acceso que tenga a instituciones. Lo que es evidenciado en la posibilidad que tiene los participantes al pertenecer a una institución de educación superior, con los mínimos recursos para satisfacer sus necesidades primarias, y además al finalizar las sesiones crearon fuentes de ingresos adicionales para solventar sus demás necesidades.

Otro aspecto que vale la pena mencionar es el de las estrategias de afrontamiento, según Turner et al. (2002) mencionaron que hay estrategias que son más importantes para la adaptación, esto independiente de si son enfocadas en el problema o en la emoción, en el caso de los participantes lograron trabajar en la modificación de la frecuencia de uso de unas u otras, dado que para las diversas situaciones funcionan herramientas distintas. Se evidenciaron también las formas que propusieron Vega et al. (2013), las que son relacionadas con el repertorio de los participantes y la otra que es movilizada por las situaciones estresantes con el propósito de resolver la necesidad. Estos mismos autores mencionaron que las estrategias que son basadas en emoción a la hora de atender un síntoma depresivo se debe evitar el uso de fantasía, la evitación o autocrítica, por su vinculación con la sintomatología. Lo anterior fue evidente en los participantes al revisar los resultados dado que en el transcurso disminuyeron estrategias poco efectivas para las situaciones y aumentaron las que requería cada persona. Que se contrasta con lo que referían Sepúlveda-Vildósola et al. (2012) acerca de que las estrategias de afrontamiento pasivas pueden aumentar la presencia de síntomas depresivos.

Al revisar la dinámica familiar en relación con la sintomatología depresiva del participante PBM, se asemejó a lo comentado por Hoyos et al. (2012) acerca de las implicaciones de la baja cohesión familiar y el vínculo paterno con la presencia de síntomas depresivos. Estos autores también resaltaron la importancia de los factores académicos, las dificultades sociales y la interacción de dichas áreas, que en los participantes se observó en el hecho de estar atravesando por una pandemia, cursar la carrera estudiantil en modalidad virtual, y las distintas interacciones que tienen con docentes, compañeros, familiares y demás.

Es importante denotar que, aunque se trabajó desde un modelo humanista no se desconoce la importancia y técnicas de los otros modelos terapéuticos, por ejemplo,

del modelo conductual que se fija en las consecuencias gratificantes sin tener en cuenta si el estímulo es real o no (Fester y Skinner, 1957). Al comienzo de las sesiones había una percepción desfavorable acerca de la satisfacción con las actividades realizadas y poco a poco se evidenció el nivel de gratificación alcanzado a partir de la intervención con logros sobresalientes en ambos casos. También se contrastó con la propuesta de Lewinson y colaboradores (Lewinsohn y Gotlib, 1995; Lewinsohn, Hoberman) de intervención con actividades satisfactorias con énfasis en fortalecer las estrategias de afrontamiento y habilidades sociales.

Tomando el modelo cognitivo clásico de Beck en Pérez y García (2001) se retomó el impacto de la falta de refuerzo, la forma errónea de percibir los eventos, y la disminución de gratificación. En los participantes se destacó la falta de reconocimiento interno y externo, experimentaban diferentes factores estresantes que causaban la disminución de la gratificación, y a su vez alteraba la forma de percibir los eventos por el uso de formas bionegativas de introyección, desensibilización, retroflexión y confluencia.

El enfoque interpersonal también ha sido reconocido para el tratamiento de la depresión, dice Carrasco (2017) que se relaciona con los eventos de la primera infancia y variedad de eventos difíciles de la vida cotidiana, lo que se llamaría una vulnerabilidad interpersonal dado que trae consecuencias en el apego, las habilidades comunicativas, la posibilidad de solicitar apoyo social, entre otras.

### Conclusiones

Los síntomas depresivos tienen un impacto considerable en la población mundial independientemente de la edad, al hablar de salud mental son los más representativos y tienen repercusiones importantes en las vidas de quienes los padecen. Dichos síntomas han recibido atención por distintos modelos psicoterapéuticos, atendiendo diferentes aspectos que tiene un fenómeno como tal. Se destaca que los síntomas depresivos no se presentan por una sola causa, por lo que no es posible dar respuesta al fenómeno con una sola perspectiva o intervención, por lo tanto, fue pertinente diseñar una intervención desde la terapia Gestalt que facilitó que descubrieran los factores que contribuían a sus síntomas depresivos.

Lo cual es vital destacarlo porque cumple con los fundamentos del enfoque acerca de no intervenir directamente en los síntomas sino en la persona y en las formas en la que contacta con sus necesidades. Se pudo evidenciar que la intervención resulto favorable al incorporar aspectos holísticos como el cambio del organismo y su ambiente y que su implementación en modalidad virtual es efectiva

Durante el desarrollo del proceso se pudo identificar que los participantes compartían algunos factores depresivos que si bien no eran exactos se relacionaban con las mismas áreas, ellas fueron las relaciones familiares, el contexto académico, las relaciones interpersonales y el proceso de salud que significó el enfrentarse a un evento de pandemia.

Se mostraron semejanza y diferencias en las experiencias de los síntomas de los participantes. A pesar de contar con varias características similares, se diferenciaron los casos en los tipos de bloqueos gestálticos y su forma de ajustarlos a las situaciones estresantes, no obstante, del análisis de contenido se obtuvo que hubo unos con mayor frecuencia como los de retroflexión, deflexión, introyección y confluencia

Se evidencia la importancia de los bloqueos gestálticos para el diseño e implementación de las intervenciones gestálticas. Uno de los aspectos destacados es que al trabajar directamente en las zonas de consciencia los participantes lograron identificar los momentos en que había un obstáculo en su forma de alcanzar el bienestar, y al avanzar en la intervención pudieron transformar esos bloqueos a una forma biopositiva para el organismo. Lo anterior se refiere a que las formas en las que responde el organismo se vuelven sintónicas en relación con las necesidades y el contacto con el ambiente. Se corrobora las propuestas de los autores al sugerir que los síntomas depresivos están vinculados con los bloqueos de retroflexión y deflexión, y se agregan algunos otros que también guardan relación. Que está en consonancia con uno de los principios de la terapia Gestalt que resalta que no es posible dividir a la persona en partes, por lo tanto, no sería recomendado dividir las fases o la experiencia, sino se recomienda trabajar como un todo.

Restaurar la capacidad de decisión en el individuo es uno de los grandes objetivos de la terapia Gestalt por lo que se evidencio la importancia de que el individuo tome conciencia de sus estilos de afrontamiento, que coincidieron con las propuestas a nivel teórico con las de reevaluación positiva, confrontación y aceptación de la responsabilidad.

Se hace constar otro eje teórico fundamental de la terapia Gestalt que es asumir la responsabilidad personal, por lo tanto, el cambio terapéutico no se puede atribuir únicamente a la intervención, debido a que es el esfuerzo de los participantes al tomar responsabilidad de sus situaciones y atenderlas. Dichos cambios van de la mano con el aumento que tuvieron en la comprensión de sí mismos, al afrontar las diversas situaciones pudieron también intentar otras formas como el uso de apoyo social. La terapia Gestalt propone que se integren esos aspectos que eran rechazados, lo que habilita que las personas tengan un repertorio más amplio de formas de responder a las situaciones estresantes.

Por último, se evidenciaron también los ajustes creativos que utilizaron los participantes para atender los factores estresantes, el reconocimiento de los recursos y capacidades para afrontar y contribuir al proceso de maduración. Sin embargo, se alcanza el supuesto teórico acerca de la disminución de síntomas, fortalecimiento de los bloqueos gestálticos y el aumento de la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antón-Menárguez V., García-Marín, P.V., y García-Benito, J.M. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. **Revista de psicología clínica con niños y adolescentes**, 3(1), 45-52. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4771/477152548005.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. España: Médica Panamericana.
- Arrieta, K., Díaz, S. y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. **Revista Clínica de Medicina de Familia**, 7(1), 14-22. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v7n1/original2.pdf>
- Burnett, D. (2019, Octubre 13). The link between stress and depression ... and the 10 simple words that could help. **Guardian News & media Limited**.

Recuperado de: <https://www.theguardian.com/society/2019/oct/13/the-link-between-stress-and-depression-and-the-10-simple-words-that-could-help>

Carrasco, A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: Hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 181-189. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>

Carriles, M. (2017). **Caso clínico: investigación gestáltica en trastorno de personalidad dependiente y depresión mayor** (Tesis de Maestría). Puebla: Universidad Iberoamericana. Recuperado de: <https://repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/3358/Carriles%20Medina%20Maria%20Luisa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Castanedo, C. (2008). **Seis Enfoques Psicoterapéuticos**. México: Manuel Moderno.

Castaño-Cervantes, S. (2018). Brief CBT group therapy for Mexican homeless girls. *The Cognitive Behaviour Therapist* 12(12), 1- 21. Recuperado de: doi:10.1017/S1754470X18000272

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

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

Ellison, J. A., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Angus, L. (2009). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 103–112. Recuperado de: <https://doi.org/10.1037/a0014653>

Fester, C.B. y Skinner, B.F. (1957). **Schedules of reinforcement**. New York: Prentice-Hall.

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

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

- González-Ramírez, E., Carrillo-Montoya, T., García-Vega, M., Hart, C., Zavala-Norzagaray, A. & Ley-Quinónez, C. (2017). Effectiveness of hypnosis therapy and Gestalt therapy as depression treatments. *Clínica y Salud*, 28, 33-37. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v28n1/1130-5274-clinsa-28-01-00033.pdf>
- Hemati-Alamdarloo, G., Moradzadeh-Khorasani, S., Najafi, M., Soosan-Jabbari, F. & Shojaee, S. (2019). The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Depression, Anxiety, and Stress Levels in Iranian Males With Addiction. *Sage Journals*, 9(1). Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244018824466>
- Hoyos, E., Lemos, M., y Torres, Y., (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5134681.pdf>
- Instituto Municipal de Investigación y Planeación (2019). *Matrícula inicial en educación superior, por institución y personal por funciones en el municipio de Juárez*. México: IMIP. Recuperado de: <http://imip.org.mx/sigem/cuadro/uploads/3.ED.8.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Encuesta Intercensal 2015. Tabulados Chihuahua. Población. México: INEGI. Recuperado de: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/tabulados/01\\_poblacion\\_chih.xls](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/tabulados/01_poblacion_chih.xls)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Encuesta Nacional de los Hogares*. México: INEGI. Recuperado de: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017_resultados.pdf)
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2008). *Ayuda para depresión (ADep). México: Dirección de investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales*. Recuperado de: <https://ayudaparadepresion.org.mx/>
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31. Recuperado de: [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/706](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/706)
- Lewinsohn, P. M. & Gotlib, I. H. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. En E. E. Beckham & W. R. Leber, eds., *Handbook depression* (pp. 352-375). New York: Guilford.



- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. & Hautzinger R, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss & Bootzin, R. R., eds., **Theoretical issues in behavior therapy** (pp. 331-359). Orlando: Academic Press.
- Llewelyn, S. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. **British Journal of Clinical Psychology**, 27, 223-238. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3191302>
- Londoño, C. González, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. **Acta Colombiana de Psicología**, 19(2), 315-329. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/798/79847072013.pdf>
- Martínez-Martínez, M., Muñoz-Zurita, G, Rojas-Valderrama, K. y Sánchez-Hernández, J. (2016). Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de la licenciatura en Medicina de Puebla, México. **Atención Familiar**, 23(4), 145-149. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2016/af164g.pdf>
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. Forum qualitative sozialforschung/Forum. **Qualitative Social Research**, 1(2). Recuperado de: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2385>
- Muñoz, M. (2008). **La sensibilización Gestalt en el Trabajo Terapéutico. Desarrollo del Potencial Humano**. México: Editorial Pax.
- National Institute of Mental Health. (2007). **Depression**. USA: U.S. Department of Health & Human Services. Recuperado de: [https://www.state.nj.us/humanservices/dmhas/publications/misc/MH\\_Fact\\_Sheets/NIMH\\_Depression.pdf](https://www.state.nj.us/humanservices/dmhas/publications/misc/MH_Fact_Sheets/NIMH_Depression.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2018). **Depresión**. OMS. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (2019a). **Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP)**. OMS. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/es/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/es/)
- Organización Panamericana de la Salud (2012). **Día mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente**. Washington, DC: OPS. Recuperado de: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es)
- Organización Panamericana de la Salud (2017a). **Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales**. Washington, DC: OPS. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud (2017b). **Depresión: hablemos, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedades**. Washington, DC: OPS. Recuperado de: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es)
- Pérez, M. y García J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. **Psicothema**, 13(3), 493-510. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>
- Perls, F. (1976). **El Enfoque Gestáltico y Testimonios de Terapia**. Chile: Cuatro Vientos.
- Ritchie, H. & Roser, M. (2018). Mental Health. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Rodríguez, P. (2021, Enero 12). En México pandemia ha aumentado casos de depresión en 25%. **Excelsior**. Recuperado de: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/en-mexico-pandemia-ha-aumentado-casos-de-depresion-en-25/1426625>
- Rosner R, Beutler LE, Daldrup RJ. (2000) Vicarious emotional experience and emotional expression in group psychotherapy. **Journal of Clinical Psychology** 56(1), 1-10. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10661364>
- Salama, H. (2002). **TPG Manual del Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama**. México: Centro Gestalt de México
- Salama, H. (2012). **Gestalt 2.0. Actualización en Psicoterapia Gestalt**. México: Alfaomega Grupo Editor.
- Saldaña, J. (2016). **The Coding Manual for Qualitative Researchers**. London: SAGE Publications Inc.
- Sepúlveda-Vildósola, A., Romero-Guerra, A. & Jaramillo-Villanueva, L. (2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. **Boletín médico del Hospital Infantil de México**, 69(5), 347-354. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v69n5/v69n5a5.pdf>
- Turner, S., Kaplan, C., & Zayas, L. R. (2002). Suicide Attempts by Adolescent Latinas: An Exploratory Study of Individual and Family Correlates. **Child and Adolescent Social Work Journal**, 19(5), 357-374. Recuperado de: <https://doi.org/10.1023/A:1020270430436>
- Tyson, G., y Range, L. (2003). La depresión: Comparación de la gestalt y otros puntos de vista. **The Gestalt Journal**, 4(1). Recuperado de: <http://www.elenfoquegestaltico.com.ar/ladepresion.pdf>

- Vega, C., Villagrán, M., Navas, C., y Soria, R. (2013). Estrategias de afrontamiento, estrés y alteración psicológica en niños. ***Alternativas en Psicología***, 17(28), 92-105. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v17n28/n28a08.pdf>
- Villa, F. (2017). ***Campaña Estatal de la Prevención de la Depresión y Ansiedad. Instituto Jalisciense de Salud Mental - SALME***. México: SALME. Recuperado de: <https://salme.jalisco.gob.mx/1247>
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 71(4), 773–781. Recuperado de: <https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.4.773>
- Yontef, G. (1997). *Proceso y diálogo en Gestalt, Ensayos de terapia gestáltica. Segunda edición*. Cuatro Vientos.
- Zavala, L., Rivas, R., Andrade, P. y Reidl, L. (2008). Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México. ***Revista Intercontinental de Psicología y Educación***, 10(2), 159-182. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80212387009.pdf>