



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

“REFLEXION DE UN SUFRIMIENTO ROSA”

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

KARLA ELIZABETH SANCHEZ NAVIDAD

Directora:

Lic. Argelia Lourdes Solís Flores

Dictaminadores:

Lic. Irma Herrera Obregón

Lic. Gerardo Abel Chaparro Aguilera

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2010





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Gracias a...

Mi madre maestra y amiga, por su apoyo y sabiduría

Mi hermana cómplice de juegos y risas por su compañía y paciencia

Héctor espejo y luz por tanta magia e infinitas risas

Mis amigos hermanos y reflejos por compartir sus mundos y conocer el mío

Mi asesora Lic. Arcelia Lourdes Solís Flores por su apoyo y orientación

Y finalmente gracias a mi padre guía y amigo por sus consejos y amor

ÍNDICE

Introducción.....	1
--------------------------	----------

Capítulo 1

1.1 Depresión.....	7
1.1.1 Definición.....	8
1.1.2 Síntomas.....	9
1.1.3 Causas.....	13
1.1.4 Tratamiento.....	14
1.2 Depresión desde el enfoque Cognitivo-conductual.....	15
1.3 Depresión desde el enfoque Histórico-cultural.....	28
1.4 La terapia Gestalt.....	31

Capítulo 2

2. Depresión femenina desde un enfoque corporal.....	44
--	----

Capítulo 3

3. 1 Metodología.....	60
3.2 Caso clínico.....	64
3.3 Interpretación del caso.....	70
3.4 Resultados.....	73
3.5 Análisis de resultados	74

Conclusiones.....	78
--------------------------	-----------

Referencias.....	87
-------------------------	-----------

RESUMEN

El presente trabajo inicia abordando, tres de las diferentes visiones que se tienen de la depresión, así como los tratamientos o formas de intervención de estas tres posturas (cognitivo-conductual, histórico- cultural y Gestalt), las cuales, son las más representativas dentro de la currícula de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Después se explica como se entiende la depresión desde un enfoque psicocorporal, para después integrar todo en un caso clínico, que fue atendido en la Clínica Universitaria de Salud Integral, como parte de la materia de Psicología Aplicada a Laboratorio VIII.

Finalmente se realiza una serie de anotaciones que destacan no solo los aciertos obtenidos durante el trabajo clínico, sino, las áreas en donde se pueden mejorar tanto la intervención clínica, como la formación del alumno.

INTRODUCCIÓN

La vida y sus constantes cambios genera consecuencias las cuales hombres y mujeres de todo el mundo tienen que enfrentar, algunas de estas consecuencias son benéficas, otras no lo son tanto. Lo cierto es que una vez empezado el camino de la vida uno no puede evitar este tipo de trabajo.

A lo largo de éste escrito el lector encontrará tal vez un buen reflejo de sí mismo o tal vez verá en estas líneas a una persona cercana; desde ahora vale prevenir que ninguno de éstos dos hallazgos es malo en absoluto, al contrario, el conocimiento nos permite otra visión de los hechos y de igual manera nos proporciona recursos para su afrontamiento.

No existe un ser sin crisis, sin cambio, sin movimiento; ante cada evento existe una respuesta que cambia conforme las personas se enfrentan a ellas, la depresión es sin duda una forma de respuesta ante ciertas situaciones y una forma más común de lo que se piensa. Esto es lo que sustenta y da sentido al presente escrito ya que la depresión, sin duda alguna es un tema que se tiene que empezar y seguir trabajando.

El ISSSTE señala en el 2000 que la depresión afecta al 40% de las mujeres, 20% de los hombres y 70% de los alcohólicos¹.

En el 2002 señala que son ocho millones de mexicanos quienes sufrían depresión de los cuales solo el 30% acudían a pedir ayuda alguna institución, de este grupo afectado el 66% son mujeres, el 40% tienen intentos de suicidio y solo el 10% alcanza su objetivo².

La misma institución indica que para el 2007 alrededor de 90 millones de personas en el mundo, sufrieron algún padecimiento mental de importancia, los cuales van desde una depresión moderada hasta un brote de psicosis agudo, en este año también se reporta que la depresión se presenta más en mujeres y que debido a la depresión hay una baja en el sistema inmunológico, lo cual facilita la aparición de alguna enfermedad³. Como se puede observar la depresión no solo se da a un nivel emocional, traspasa el cuerpo y lo enferma, dicha realidad trae como consecuencia actos de desesperación como el suicidio y otro tipo de atentados contra la vida.

¹ ISSSTE, "Afecta la depresión al 40% de las mujeres el 20% de los hombres y 70% de los alcohólicos". México, D.F., 2000, <http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2000/boletin130.html>

² ISSSTE, "Con depresión, ocho millones de mexicanos; solo el 30% acude a recibir tratamiento". México, D.F., 2002, http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2002/agosto/b132_2002.html.

³ ISSSTE, "90 millones de personas en el mundo han padecido algún problema mental severo": México, D.F., 2007, http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2007/enero/b004_2007.html.

Según reportes del INEGI en el 2003 se reportaron 222 intentos de suicidio de los cuales 98 fueron hombres y 124 mujeres, sin embargo, se registraron 3327 suicidios de los cuales 2771 fueron hombres y solo 556 mujeres.⁴

Las cifras son alarmantes pero sin duda corresponde y dan cuenta de una realidad la cual lleva a la reflexión colectiva. La construcción del ser esta en constante influencia del medio, una persona que vive en un determinado lugar también se construye de determinada forma, el clima, idioma, la cultura, las costumbres, tradiciones, alimentación y la distribución espacial son elementos que ayudan a la construcción de los sujetos de forma importante. Dando a lo anterior suma importancia, se debe considerar la depresión no sólo como el problema de aquél que la padece sino un problema que también tiene relación con la sociedad en general.

Siendo un mal que aqueja a las personas aproximadamente desde el año 1600, según reportes en Inglaterra⁵, la depresión ha sido estudiada y explicada de un sin fin de maneras.

Hoy en día existen más investigaciones e intervenciones con personas que sufren depresión, esto en un intento por saber más del tema, este incremento en dichos trabajos responde a las altas demandas de la sociedad respecto al tema.

⁴ INEGI, "Intentos de suicidio y suicidio por año según sexo; De 1980 a 2003", Dirección General de Estadística. Dirección de Explotación de Registros Administrativos, 2003.

⁵ Pérez, Z. (2002). "Depresión: una posibilidad de crecimiento", en Sergio López Ramos. *Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones I*. CEAPAC.

También es cierto que la popularidad del tema ha permitido generalizar todo tipo de tristeza o decaída del ánimo como depresión, así como de impulsar en el pueblo la idea de que la ingesta de algún fármaco permitirá a la persona salir de dicho estado, sin ningún otro tipo de ayuda.

Rechazando con fuerza la afirmación última, cabe señalar que no cualquier variación en el ánimo de las personas se puede catalogar como depresión aunque es cierto que toda persona es fuertemente propensa a sufrir alguna depresión en algún momento de la vida⁶.

Y si bien la depresión como la mayoría de los trastornos afectivos no discrimina, existe una serie de factores que favorecen su aparición. Uno de estos factores que se ha observado, es el género.

Debido a que las estadísticas señalan que las tasas más altas de depresión se presentan en mujeres, algunas lógicas muy reduccionistas y especialistas, consideran a las mujeres como estructuras propensas a padecer de depresión debido a su condición de mujer⁷. Dichas afirmaciones dan cuenta de la conceptualización social e incluso científica del género femenino, pero dar peso a estas afirmaciones sólo es pertinente cuando se busca aclarar la condición femenina

⁶ Alexander Lowen. "El cuerpo y la depresión", Barcelona, Alianza, 1990.

⁷ Oliva Sánchez López, "¿Es la depresión un estado constitutivo de la naturaleza femenina?", en Sergio López Ramos. Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones I. Estado de México, CEAPAC, 2002.

en una sociedad mexicana, elemento que sin duda se debe tomar en cuenta al hablar de depresión femenina.

Las líneas arriba expuestas dan un esbozo de lo que en el presente trabajo se abordara, como se a podido observar el tema central será la depresión y las implicaciones de la misma en el genero femenino. El objetivo del texto es realizar una exposición teórica acerca de la depresión y específicamente sobre la depresión femenina, lo ya escrito y sugerido por las diferentes teorías así como lo sugerido desde una postura que se preocupa y atiende lo corporal y lo psicológico de manera conjunta. Así como realizar una reflexión de la forma de intervención que se posibilita desde el enfoque corporal y la realidad en la formación de profesionales de la psicología.

La estructura de este trabajo será la siguiente, se dividirá en tres capítulos. El primero de estos capítulos tendrá cuatro apartados, el numero uno hablara sobre la depresión desde un enfoque médico, el segundo sobre lo que se ha dicho de la depresión desde el enfoque cognitivo-conductual, el siguiente apartado abordara la depresión desde un enfoque histórico-cultural, el cuarto y último punto expondrá las aportaciones de la terapia gestalt al trabajo con la depresión.

El capítulo dos expondrá las aportaciones y la visión que se tiene del sujeto y su constitución así como de la depresión desde un enfoque corporal. Posteriormente en el capítulo tres se explicara la metodología, la interpretación del caso, los resultados y el análisis de los mismo desarrollados en un caso atendido en la Clínica

Universitaria de Salud Integral, como parte de la formación profesional de la carrera de psicología.

Finalmente se expondrán las conclusiones obtenidas en la realización del presente trabajo así como la lista de referencias que se empleó para la elaboración del mismo.

CAPITULO 1

En este primer capítulo se entrará al tema de la depresión desde el enfoque médico, para poder después mencionar tres de las teorías más relevantes dentro del currículum de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Se iniciará tratando sobre la definición que se tiene de depresión y sobre los síntomas y causas que se consideran dentro del DSM-IV, después se explicará lo que la postura cognitivo-conductual aporta sobre la depresión y el trabajo terapéutico que se realiza cuando se presenta dicho padecimiento.

El siguiente apartado tratará sobre la explicación que se le da a la depresión desde un enfoque histórico-cultural, en dicho apartado no se trabaja con tratamientos terapéuticos dado que dentro de la teoría lo que se pondera es la explicación y no el tratamiento.

Se cerrará el capítulo con las aportaciones que hace la terapia Gestalt para el trabajo terapéutico y que técnicas son recomendables para el trabajo de la depresión.

Siendo un problema con relevancia actual y estando incrustado en la vida de la población mexicana es relevante conocer lo que se dice de ella y como se ha trabajado en cada uno de estos enfoques.

1.1 Depresión

Al investigar sobre la depresión, su definición, sintomatología, sus causas y los tratamientos que existen desde las diferentes teorías se encontró que los primeros intentos por entender y hablar de la depresión de forma científica fueron de Hipócrates (siglo IV a. de C.), quien introduce el concepto de melancolía para describir un estado de abatimiento, inhibición y tristeza. Hipócrates creía que el origen de la melancolía se debía a un desequilibrio en la secreción de bilis negra o de restos tóxicos. Durante mucho tiempo se empleó el concepto de melancolía para

nombrar dicho padecimiento, hasta que aparece un psiquiatra alemán llamado Kraepelin quien cambia dicho concepto diferenciando la demencia precoz de la enfermedad maníaco depresiva⁸.

Como se observa, la historia sobre la depresión es larga; en la actualidad la psiquiatría y la psicología han sido las disciplinas que más se han encargado de la investigación y el tratamiento. Dentro de este apartado se dará una introducción a la definición, sintomatología, causas y tratamientos que se deben conocer si se desea trabajar la depresión. Después se trabajara con los aspectos específicos que para cada teoría son importantes.

1.1.1 Definición

Para poder definir correctamente una depresión y por lo tanto ofrecer un diagnóstico más certero se debe saber que existen diferentes concepciones de depresión.

En el sentido más común la depresión puede definirse como un síntoma anímico, en un segundo plano puede ser un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas y finalmente en tercer lugar puede ser un trastorno depresivo que hace referencia no sólo a un síndrome depresivo sino a todo un cuadro clínico completo⁹.

Entendiendo que existen diferentes formas de definir la depresión también es importante mencionar que existen diferentes tipos de depresiones. Por lo versátil del concepto y las diversas formas de definirlo existe el DSM que es un manual encargado de dar cuenta tanto de las definiciones como los síntomas, causas y tratamiento de todos los trastornos mentales.

⁸ Carmelo Vazquez & Jesús Sanz. "Trastornos del estado de ánimo", en Margarita Ortiz-Tallo Alarcón, Trastornos Psicológicos, Granada, Aljibe, 1997.

⁹ Idem.

Según el DSM-IV la depresión se encuentra dentro de los trastornos del estado de ánimo. Dentro de dicho apartado se realiza la siguiente división y subdivisión.

Trastornos depresivos

Trastornos depresivo mayor (episodio único)

Trastornos depresivos mayores (recurrentes)

Trastornos distímicos

Trastorno depresivo no especificado en otro lugar (NE)

Trastornos bipolares

Trastorno Bipolar I

Trastorno Bipolar II

Trastorno Ciclotímico

Trastorno Bipolar (NE)

Trastorno anímico debido a Condiciones Médicas Generales

Trastorno anímico Inducido por Sustancias

Trastorno anímico No Especificado¹⁰

Para cada uno de estos trastornos existe una definición que incluye o excluye dependiendo cual sea el caso, una lista de síntomas, así como la duración de éstos.

Después de esto, podemos entonces afirmar que la depresión es un trastorno del estado de ánimo, y que dicho trastorno tiene diferentes manifestaciones aunque en todas se comparten síntomas.

¹⁰Michael B. First, et al., "DSM-IV-TR manual de diagnostico diferencial", Traducción: Massana, G., et al. México, Masson, 2002.

1.1.2 Síntomas

De acuerdo con el DSM-IV los síntomas del episodio depresivo mayor son:

A. 1) estado de ánimo deprimido, 2) disminución del placer o interés en cualquier actividad, 3) aumento o disminución de peso/apetito, 4) insomnio o hipersomnio, 5) fatiga o pérdida de energía, 7) sentimientos excesivos de inutilidad o culpa, 8) problemas de concentración o toma de decisiones, 9) ideas recurrentes de muerte o de suicidio.

B. Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano

C. No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general

D. No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de 2 meses.

Para diagnosticar un episodio depresivo mayor se deben presentar mínimo cinco de los síntomas anteriores, incluyendo el 1 o 2 necesariamente, con una frecuencia constante por lo menos durante dos semanas. Finalmente se debe especificar si es un episodio único o recurrente¹¹.

Por otro lado para el trastorno distímico, el DSM-IV sugiere la siguiente lista de síntomas:

A. estado de ánimo deprimido casi a diario durante al menos dos años

B. Presencia adicional de al menos tres de los siguientes síntomas: 1) baja autoestima, auto confianza, o sentimientos de inadecuación, 2) pesimismo, desesperación o desesperanza, 3) pérdida generalizada de interés o placer, 4) aislamiento social, 5) fatiga o cansancio crónicos, 6) sentimientos de culpa o de repaso del pasado, 7) sensación de irritabilidad o ira excesivas, 8) eficacia general disminuida, 9) problemas de concentración, memoria o indecisión.

C. Durante estos dos años, no ha habido un periodo de más de dos meses libres de los síntomas de A y de B.

¹¹Idem.

D. En los dos primeros años del trastorno no hubo un episodio depresivo mayor, de modo que el trastorno no puede considerarse un trastorno depresivo mayor conocido o en remisión parcial.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

F. No ocurre exclusivamente en el curso de un trastorno psicótico con esquizofrenia o trastorno delirante.

G. No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general.

En el caso de que se diagnostique un trastorno distímico se debe especificar y saber si es de inicio temprano, es decir antes de los 21 años o tardío que es después de los 21 años¹².

Después de conocer los síntomas que caracterizan, según el DSM-IV, la depresión, es importante mencionar que cuando se habla ya de trastornos bipolares, se habla tanto de estados depresivos como de manía que es un estado de expansividad psicológica. El individuo cuando se encuentra en éste estado suele sentirse en armonía con el mundo, eufórico, lleno de planes y proyectos, con ideas grandiosas sobre sí mismo, pero todo esto traspasa la realidad, dicho estado es pasajero¹³.

Conviene señalar que el DSM-IV señala que los síntomas de un episodio maníaco son:

A. Período preciso y persistente con estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable durante una semana (o de cualquier duración si ha necesitado hospitalización).

B. Tres de los siguientes síntomas (o cuatro si el estado de ánimo era sólo irritable);
1) excesiva autoestima o grandiosidad, 2) disminución de las necesidades de dormir, 3) locuacidad, 4) sensación de pensamientos rápidos, 5) distraibilidad, 6) actividad excesiva dirigida a metas, 7) actividades de alto riesgo potencial.

¹² Idem.

¹³ Idem.

C. Problemas en el funcionamiento cotidiano o requiere hospitalización para impedir daños propios o ajenos.

D. No debido a medicamentos, drogas o una condición médica genera¹⁴.

En los trastornos Bipolares I, es requisito indispensable que el paciente presente o haya presentado por lo menos una vez en su vida un episodio maníaco.

A diferencia de los trastornos Bipolares I los trastornos Bipolares II, los pacientes padecen episodios depresivos o hipomaníacos pero nunca un episodio maniaco¹⁵.

Los síntomas del episodio hipomaníaco son:

A. Periodo preciso y persistente con estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable a lo largo de 4 días.

B. Tres de los siguientes síntomas durante ese período (o cuatro si el estado de ánimo era sólo irritable): 1) excesiva autoestima o grandiosidad, 2) disminución de la necesidad de dormir, 3) locuacidad, 4) sensación de pensamientos rápidos, 5) distraibilidad, 6) actividad excesiva dirigida a metas, 7) actividad de alto riesgo potencial.

C. Cambios inequívocos, durante el episodio del funcionamiento habitual de esa persona.

D. Cambios anímicos y comportamentales apreciables por otros.

E. El episodio no es tan grave como para crear un problema en el funcionamiento cotidiano o requerir hospitalización, y no hay síntomas psicóticos.

F. No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general.

Finalmente los síntomas del trastorno ciclotímico son:

A. Numerosos períodos con síntomas hipomaníacos y numerosos períodos con estado de ánimo deprimido o pérdida de placer, durante al menos dos años

¹⁴ Idem.

¹⁵ Idem.

- B. Durante estos dos años no ha habido un periodo de más de dos meses libre de los síntomas de A.
- C. Nunca se han cumplido criterios de episodio depresivo mayor
- D. En los 2 primeros años del trastorno no ha existido un episodio maníaco
- E. Los síntomas de A no son explicables por un trastorno psicótico como esquizofrenia o trastorno delirante
- F. No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general¹⁶.

Como se puede observar a lo largo de la exposición anterior, se encuentra que cada uno de los trastornos de ánimo tiene diferentes características y formas de manifestarse, sin embargo comparte características. Se puede observar que comparten síntomas tales como pérdida generalizada de interés o placer, alteraciones del sueño, problemas de concentración, percepciones alteradas y llevadas al extremo como una autoestima excesivamente elevada o muy baja y también se comparte la hipersensibilidad, se puede decir que las diferencias radican en la duración de los síntomas más que en los síntomas mismos.

Por último es relevante mencionar que los síntomas no sólo se observan en aspectos de la vida del paciente, sino que repercute o se observan en diferentes áreas: la anímica, la cognitiva, la social, la física entre otras. Esto nos da muchos elementos para pensar que la causa de la depresión no es una, sino que al igual que la sintomatología es multifactorial.

1.1.3 Causas

Tomando en cuenta que algunos teóricos afirman que existen diferentes tipos de depresión, las formas de clasificarlos pueden ser dos: la clásica y la actual.

¹⁶ Idem.

Dentro de la clásica encontramos tres tipos de depresión; la endógena, la cual se refiere como su nombre lo indica a aquella depresión que va de adentro hacia fuera es decir, aparece sin ningún tipo de causa aparente que la detone; la somatógena es la segunda de esta lista y hace referencia a la que tiene su origen en lo orgánico (dicho origen es demostrable) y finalmente, la psicógena en ésta el origen se encuentra en el exterior ya sea por stress, cambios en el entorno o por causas psíquicas.

Las formas más actuales de clasificarla se reducen a secundarias y primarias, las primeras hacen referencia a aquellas depresiones que son consecuencia de otras alteraciones psiquiátricas o médicas. Las primarias son aquellas que no están vinculadas a otras enfermedades aparecen de forma independiente y se subdividen en unipolar (se pasa por la fase de normalidad y fases depresivas, la duración de cada fase varía) y bipolares (se alterna la fase de normalidad episodios maníacos y la fase depresiva¹⁷).

Entendemos entonces que existen diferentes tipos de depresión y dicha clasificación nos permite indagar más sobre la causa, es importante señalar que la mayoría de las depresiones son multicausales. Esto es, las causas se pueden encontrar en los cambios que ocurren en el ambiente, en la química del cuerpo, en la historia de la persona, entre otros; pero como generalidad son diferentes elementos que se unen para generar un estado depresivo.

1.1.4 Tratamiento

Los tratamientos dados a la depresión dependen tanto del tipo de depresión, como de la institución en la que se esté trabajando, pero básicamente son dos: la psicoterapia y el uso de antidepresivos que pueden ser empleados en conjunto o por separado.

¹⁷ Francisco Sabanés, "La Depresión", México, Diana, 1993.

Sobre las psicoterapias existentes hay diferentes formas de tratar la depresión, algunos enfoques se centran en la explicación general de los procesos psicológicos, otros generan una explicación específica y una metodología para los trastornos depresivos. Otros enfoques proporcionan una explicación teórica y una metodología que es aplicable a distintos trastornos. A continuación se abordarán las propuestas sobre la depresión desde tres enfoques diferentes: el cognitivo-conductual, el histórico cultural y la terapia Gestalt¹⁸.

1.2 Depresión desde el enfoque cognitivo-conductual

Existen diversas corrientes dentro de la psicología, cada una de ellas posee teorías y técnicas para el trabajo clínico y dichas teorías siguen lógicas diferentes.

En este apartado se abordará y ahondará sobre la forma en que se explica y se trata la depresión desde el enfoque cognitivo – conductual.

El enfoque cognitivo-conductual es el resultado de la unión del enfoque conductual con el cognitivo. Se concentra como su nombre lo dice, no sólo en el aspecto conductual sino también en las cogniciones de los individuos, que hacen referencia (desde esta perspectiva) a verbalizaciones conscientes o de fácil acceso a la conciencia, las cuales constituyen los cimientos de la experiencia humana¹⁹.

¹⁸ El criterio con el cual fueron seleccionadas los enfoques que se trabajó en este capítulo, se basó en el curriculum de la Facultad de Estudios Superior Iztacala, siendo estas tres teóricas las más trabajadas dentro del proceso formativo de los estudiantes de la carrera de Psicología. Es por esto que se mencionan aquí ya que sirven de base para la aproximación al estudio de la psicología.

¹⁹ Carmelo Vázquez, "Técnicas cognitivas de intervención clínica", España, Síntesis, 2003 pp. 9-15

“(Cogniciones) un pensamiento específico, tal como una interpretación, una auto instrucción, una autocrítica o incluso un deseo (como el deseo suicida) que tenga un contenido verbal²⁰”

A la definición anterior se le agregaron posteriormente los elementos no verbales como las imágenes, así como los procesos mentales y la activación de recuerdos. Es importante señalar que se trata de sucesos objetivos que se manejan en terapia de forma análoga a como se tratan las conductas observables²¹.

Es así como en éste enfoque se unen tanto las teorías como las técnicas para realizar un mejor trabajo terapéutico. Teniendo claro desde donde estamos partiendo y habiendo expuesto los ejes centrales de este enfoque se continuará con el tema de la depresión desde la visión cognitivo-conductual.

La palabra depresión tiene diversos significados: se puede manifestar como un síntoma, un síndrome o una entidad nosológica. Existen diversas interpretaciones sobre las causas de la depresión, hay un acuerdo unánime al considerarla como un rasgo universal de la condición humana, que va desde la tristeza pasajera que puede apoderarse de cada uno de nosotros hasta un severo acceso de melancolía.

Sobre los síntomas es importante decir que una parte fundamental sobre la que se trabaja desde éste enfoque es la resolución de problemas, entendiendo los síntomas como problemas que se pueden resolver. La depresión incluye síntomas afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos. Para poder iniciar un tratamiento terapéutico se debe seleccionar uno o varios síntomas objetivos que serán los puntos fuertes a tratar, dicho objetivo se define con ayuda del paciente²².

²⁰ Aaron Temkin Beck, 1963, en Carmelo Vázquez, “Técnicas cognitivas de intervención clínica”, España, Sintesis, 2003 pp. 9-15.

²¹ Carmelo Vázquez, “Técnicas cognitivas de intervención clínica”, España, Sintesis, 2003 pp. 9-15

²² Aaron Temkin Beck, et. al., “Terapia cognitiva de la depresión”, España, Biblioteca de psicología Descleé de Brouwer, 2002, pp. 156 -157.

Dentro de la terapia cognitivo-conductual se trabajan tres áreas para aliviar el estado depresivo: la cognición, el comportamiento y la fisiología.²³

En la parte de la cognición se realizan reestructuraciones cognitivas a partir de ciertas técnicas que se le enseñan al paciente. En el área conductual se emplean técnicas como la planificación de actividades, el entrenamiento en habilidades sociales y de asertividad para contrarrestar los déficit conductuales que originan y mantienen la depresión, y finalmente en el área fisiológica, se entrena al paciente con ansiedad para que emplee técnicas basadas en la imaginación, técnicas de relajación y meditación²⁴.

Para hablar sobre depresión desde éste enfoque es necesario mencionar la Terapia Cognitiva de la depresión de Beck. Esta propuesta teórico-práctica explica el sustrato de la depresión con tres elementos La triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.²⁵

La triada cognitiva se refiere a los tres patrones cognitivos que generan en el paciente ideas de sí mismo, de su futuro y de sus experiencias. El primer elemento es la perspectiva negativa del paciente sobre sí mismo. Esto implica que atribuye toda experiencia desagradable a sus defectos ya sean físicos, psíquicos o morales.

La tendencia del depresivo a realizar una interpretación negativa a cualquier experiencia es el segundo elemento de la triada. Dichas interpretaciones lo llevan a pensar que el entorno que le rodea le exige demasiado y/o obstaculiza toda acción.

²³ William C. Sanderson y Lata K. Mc Ginn, Terapias cognitov-conductuales para la depresión, en Myrna M. Weissman, Tratamientos de la depresión. Una puerta al siglo XXI, Barcelona, (España), Ars Medica, 2002, pp. 235-263.

²⁴ Idem.

²⁵ Aaron Temkin Beck, et. al., "Terapia cognitiva de la depresión", España, Biblioteca de psicología Descleé de Brouwer, 2002, pp.11-39.

Finalmente el tercer elemento de la triada hace referencia a la visión poco positiva acerca del futuro. Al realizar planes a futuro siempre esperan los peores resultados y consideran que su sufrimiento nunca terminará²⁶.

Los esquemas son la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Cualquier esquema puede permanecer inactivo por mucho tiempo y ser reactivado. En estados tales como la depresión, los conceptos de ciertas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados que predominan. En la medida en que estos esquemas se hacen más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor, que sostienen una débil relación lógica y el paciente va perdiendo cada vez mas la capacidad del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a esquemas más adecuados²⁷.

Esos errores en el procesamiento de la información permiten al paciente validar conceptos negativos aún con existencia de evidencia contraria, dentro de estos errores en el proceso de información se encuentra seis tipos que son:

1. Inferencia arbitraria; proceso en el cual el paciente precipita una conclusión en ausencia de evidencia o cuando lo que se encuentra es contrario a la conclusión.
2. Abstracción selectiva; es elegir un elemento de la situación que se toma fuera de contexto y solo centrarse en él.
3. Generalización excesiva; Hace referencia a la elaboración de una regla general a partir de un o unos eventos aislados y aplicar dicha regla a situaciones parecidas o diferentes.
4. Maximización y minimización; esto se realiza cuando se evalúan los eventos, dicho error se convierte en una distorsión.
5. Personalización; se refiere a la capacidad de atribuirse todo tipo de hecho externo sin que exista una conexión real.

²⁶ Idem.

²⁷ Idem.

6. Pensamientos absolutos dicotómicos; este error se refiere a la forma en la cual el paciente clasifica todos los eventos, esto es, de forma dualista, siempre de extremo a extremo y suele colocarse siempre en el extremo negativo²⁸.

Otra de las teorías sobre la depresión es la que hace referencia a la desesperanza dicha propuesta fue desarrollada por Ambrason y cols., en ella se sugiere que personas con estilos de pensamiento inferencial depresógeno, esto es, las personas que atribuyen acontecimientos vitales negativos a causas estables y globales, cuando se enfrenta a cualquier acontecimiento negativo son más propensos a desarrollar un estado depresivo por que suponen que:

- a) el acontecimiento negativo actual traerá consecuencias negativas
- b) La incidencia de experiencias negativas señala a que son defectuosas o inútiles en áreas fundamentales²⁹

Hasta aquí se ha tratado sobre la explicación que se le da a la depresión, teniendo esta base teórica se puede abordar la parte práctica. Existen dos formas de trabajar con pacientes deprimidos desde éste enfoque, la terapia individual y la terapia en grupo, éste trabajo puede ser conjunto o por separado.

Para el trabajo terapéutico se tiene que partir de las características deseables de un terapeuta y estas son; la aceptación, la empatía y la autenticidad. La primera hace referencia a esta aceptación, preocupación sincera y al interés que se le tiene al paciente, la cual se debe mostrar con claridad al paciente evitando cualquier tipo de exceso que pueda ser mal interpretado. Sobre la empatía se puede decir que es la capacidad que tiene el terapeuta para introducirse al mundo del paciente, ver y

²⁸ Aaron Temkin Beck, et. al., "Terapia cognitiva de la depresión", España, Biblioteca de psicología Descleé de Brouwer, 2002, pp.11-39

²⁹ William C. Sanderson, Lata K. Mc Grinn, "Terapica cognitivo-conductual para la depresión" , en Myrna M. Weissman, Tratamientos de la depresión. Una puerta al siglo XXI, Barcelona (España), Ars Medica, 2002, pp. 235-263.

experimentar la vida como él lo hace y de ésta forma mejorar su entendimiento sobre el problema. Por último la autenticidad hace referencia a esta cualidad que debe tener el terapeuta de ser honesto y realista y en la forma que éste trasmite dichas cualidades al paciente³⁰.

Después de describir las características necesarias en el terapeuta cognitivo-conductual, se tiene que abordar otro asunto, la interacción terapéutica, la cual se va modificando a lo largo de la terapia y responde a las diferentes necesidades de la terapia, el primer contacto siempre es importante y en él se debe buscar el rapport, formado por relación armoniosa en donde intervienen componentes emocionales e intelectuales. Cuando se logra vincularse de esta forma, el paciente percibe al terapeuta como alguien que armoniza con sus sentimientos y actitudes, una persona que es empático, comprensivo y agradable, que lo acepta tal cual es y en alguien en quien puede confiar, dicha concepción facilita el proceso terapéutico y la colaboración terapéutica³¹.

Ya atendiendo estos dos requerimientos se dará de forma más fácil la colaboración terapéutica, la cual consiste en; la recogida de datos brutos, autenticación de los datos introspectivos, investigación de los supuestos subyacentes, diseño de experimentos y asignación de tareas en casa. La primera parte la recogida de datos, implica enfocarse tanto terapeuta como paciente en los pensamientos, sentimientos y deseos del paciente. Posteriormente en la autenticación el terapeuta impulsa al paciente a identificar, observar y evaluar sus pensamientos de forma objetiva, de tal manera que se generen hipótesis o supuestos, los cuales sostienen los pensamientos, de tal manera que el paciente aprende a identificar dichos supuestos y a evaluar si son válidos o ilógicos³².

³⁰ Aaron Temkin Beck, et. al., "Terapia cognitiva de la depresión", España, Biblioteca de psicología Descleé de Brouwer, 2002, pp. 51-86.

³¹ Idem.

³² Idem.

Ya que el paciente tiene una idea más clara de qué es esto, el terapeuta le pide que investigue la validez de los supuestos subyacentes, esto a través de la búsqueda de evidencia en contra o a favor de dichos supuestos. Esta investigación se lleva a cabo con un experimento previamente diseñado que se somete a prueba empírica. Otro de los elementos en la cooperación terapéutica es la asignación de tareas en casa, en la cual, al igual que en los pasos anteriores se debe pedir la opinión del participante de tal forma que participe de manera activa en el diseño de las mismas³³.

Dentro del trabajo terapéutico desde este enfoque es importante educar al paciente sobre las técnicas y eficiencia de éstas, mostrando así su capacidad para ayudar al paciente, esto le dará mayor seguridad y confianza. Los deberes en casa y el seguimiento de los mismos también son de vital importancia para el éxito del trabajo terapéutico³⁴, es por lo anterior que se rechaza toda aquella técnica que tenga como requisito el desconocimiento por parte del paciente, del propósito de los métodos empleados³⁵.

Teniendo claras las características deseadas tanto en el terapeuta como en el trabajo de colaboración de ambos, se puede generar una estructura de la sesión más completa. Lo primero que se debe tomar en cuenta en la estructuración de la sesión es que el terapeuta debe conocer el paradigma del paciente, esto es, el paciente depresivo tiene su mundo, en el cual sus ideas y creencias negativas le parecen válidas y estimables, todas sus interpretaciones se enfocan en validar todas estas creencias. Todo esto se debe entender para evitar caer en errores técnicos, una vez comprendido esto, el terapeuta debe preocuparse por no etiquetar al paciente, sino, entender al paciente como una persona con un problema específico o quien

³³ Idem.

³⁴ William C. Sanderson, Lata K. Mc Grinn, "Terapica cognitivo-conductual para la depresión", en Myrna M. Weissman, Tratamientos de la depresión. Una puerta al siglo XXI, Barcelona (España), Ars Medica, 2002, pp. 235-263.

³⁵ Aaron Temkin Beck, et. al., "Terapia cognitiva de la depresión", España, Biblioteca de psicología Descleé de Brouwer, 2002, pp.51-86

mantiene creencias irracionales, nunca como una persona irracional o con un carácter anormal³⁶.

Dentro de un trabajo terapéutico se debe ajustar el nivel de actividad y estructurarlo a las necesidades del paciente, esto es, entender que los pacientes depresivos en su mayoría son pasivos y por lo tanto será el terapeuta quien tome la iniciativa y la dirección de la terapia, esto deberá cambiar gradualmente y siempre se deberá dar un espacio al paciente para que intervenga sin que éste espacio genere ansiedad o malestar en el mismo³⁷.

Dentro de cada sesión se deben emplear las preguntas como un instrumento terapéutico, siempre será mejor hacer preguntas que enfrascarse en discusiones con el paciente o sermonearlo, dicho instrumento tiene distintos objetivos a lo largo de la terapia, algunos de estos objetivos son:

1. Obtener datos biográficos, de la historia previa y otros que sea relevantes para el diagnóstico.
2. Elaborar una idea general sobre la naturaleza del problema.
3. Conocer las formas de vida del paciente y en especial los elementos generadores de ansiedad.
4. Evaluar las habilidades y herramientas con las que cuenta el paciente para enfrentar diversas situaciones.
5. Pasar de quejas abstractas y vagas a problemas más específicos.
6. Generar la toma de decisiones dando distintas alternativas a un problema.
7. Hacer que el paciente elija una alternativa en particular.
8. Alentar al paciente a evaluar las consecuencias de su conducta desadaptativa.
9. Valorar la importancia de una conducta más adaptativa.
10. Priorizar las cogniciones específicas del paciente, relacionadas con efectos desagradables y conductas inadecuadas.

³⁶ Idem

³⁷ Idem

11. Especificar el significado que el paciente otorga a una circunstancia o circunstancias concretas.
12. Incitar al paciente a evaluar los elementos que definen su autoestima negativa.
13. Mostrarle al paciente la abstracción selectiva de datos negativos que hace cuando elabora sus deducciones.
14. Enseñar la predisposición del paciente a negar o restar importancia indiscriminadamente a las experiencias positivas.
15. Manifestar y explorar ciertas áreas problemáticas que el paciente había evadido previamente³⁸.

Como se puede observar dentro de esta forma de trabajo las preguntas son parte fundamental del proceso terapéutico y son instrumentos que permanecen a lo largo de dicho tratamiento.

Otro elemento importante dentro del trabajo terapéutico, es preparar al paciente para la terapia cognitiva, el paciente debe tener claro dos elementos importantes, el primero es que debe comprender la naturaleza y fundamento teórico del tratamiento cognitivo y segundo el paciente debe estar preparado para enfrentarse a los cambios en la intensidad de la depresión a lo largo del tratamiento. Se debe tener un plan de la terapia para cada sesión sabiendo que los objetivos primordiales de la terapia cognitiva son: acabar con los síntomas del síndrome depresivo y prevenir futuras recaídas, esto se logra entrenando al paciente a identificar y cambiar sus pensamientos erróneos y las conductas inadecuadas y posteriormente se entrena al paciente para que reconozca y cambie los patrones cognitivos que producen estas ideas y conductas que lo alejan de la adaptación. Establecer una agenda al comienzo de la sesión, es requisito necesario para llevar un trabajo terapéutico; se elabora un mapa y las herramientas que serán necesarias y dicho plan será autorizado por el paciente³⁹.

³⁸Idem.

³⁹Idem.

A lo largo de la terapia se deben formular hipótesis que se irán comprobando, dichas hipótesis se formulan con los datos obtenidos en el paciente y se emplean para comprobar hipótesis, para modificar hipótesis, para descartar hipótesis anteriores o para derivar hipótesis nuevas, a la par se debe de invitar al paciente a compartir sus sentimientos y pensamientos acerca de la terapia y el terapeuta, por su parte el terapeuta debe proporcionar resúmenes de vez en vez de tal manera que dé cuenta del avance del tratamiento y los nuevos caminos que se tomarán, a la par del tratamiento se recomienda contar con la participación de personas significativas para el paciente (padres, pareja, hermanos, amigos) que faciliten el seguimiento del tratamiento en casa, finalmente se recomienda emplear técnicas auxiliares que mejoran la eficacia del tratamiento. Estas técnicas hacen referencia a medios audiovisuales (grabadoras, videograbadoras, etc.) que son empleadas para grabar las sesiones y permitirle al paciente observarlas después y que genere una observación mucho más objetiva⁴⁰.

Conociendo la estructura que debe seguir la terapia individual se puede agregar que dentro de éste enfoque, existen diversas alternativas, dentro de las propuestas por Beck se encuentran: la reestructuración cognitiva y el descubrimiento guiado. Éste último consiste en realizar preguntas que permitan al paciente darse cuenta de sus errores y conforme pasa el tiempo, el paciente aprende a auto-cuestionarse. Esto tiene como objetivo que se detecten los errores cognitivos pero no a través del regaño del terapeuta sino con la misma reflexión del paciente⁴¹.

La reestructuración cognitiva, que es la otra de las técnicas propuestas por Beck, tiene como objetivo cambiar las cogniciones a través de la identificación de las cogniciones que ayudan a generar y mantener la depresión, así como poder mostrar al cliente el

⁴⁰ Idem.

⁴¹ Idem.

camino de este procedimiento para que al finalizar la terapia él pueda hacer dicho procedimiento por si solo⁴².

La reestructuración tiene tres momentos importantes a) el registro de los pensamientos automáticos, b) el análisis de dichos pensamientos, c) la generación de una respuesta racional⁴³.

Lo que el paciente hace en ésta técnica es reevaluar sus cogniciones distinguiendo aquellas que tienen sustento de las que no lo tienen⁴⁴.

La primera parte de ésta técnica es explicar al paciente que los pensamientos, expectativas, presupuestos y etiquetas tiene una fuerte influencia en las reacciones emocionales ante las situaciones y ayudarlos a reconocer en ellos estas cogniciones. Después se debe cuestionar y reevaluar cada uno de los pensamientos automáticos que reportó el paciente esto se puede hacer cuando el terapeuta sea quien cuestione la validez de los argumentos racionales y el paciente deberá entonces defender estas elaboraciones racionales con sustentos. Aquí es un buen momento para detectar persuasiones irracionales que no permitan al paciente reestructurar sus cogniciones. Finalmente, se ayudará al cliente a reevaluar los pensamientos irracionales, esto generando ideas racionales, una vez logrado esto el paciente podrá ejercer dicho procedimiento cada vez que lo desee y se podrá cuestionar que es lo que dice a sí mismo ante las diferentes circunstancias⁴⁵.

⁴² Marvin Goldfried, "De la terapia-cognitivo-conductual a la Psicoterapia de integración", España, Ed. Desclée de Brower, 1996, pp. 91-108.

⁴³ William C. Sanderson, Lata K. Mc Grinn, "Terapica cognitivo-conductual para la depresión" , en Myrna M. Weissman, Tratamientos de la depresión. Una puerta al siglo XXI, Barcelona (España), Ars Medica, 2002, pp. 235-263.

⁴⁴ Marvin Goldfried, "De la terapia-cognitivo-conductual a la Psicoterapia de integración", España, Desclée de Brower, 1996, pp. 91-108.

⁴⁵ Idem.

Otra forma de trabajar desde éste enfoque es en grupo, la terapia grupal es empleada por que se ha observado que tiene excelentes resultados en los casos de depresión, dicha terapia sigue el siguiente orden.

Primero se realiza una evaluación en la que se determina si los problemas que el paciente refiere se pueden explicar por la presencia de un trastorno depresivo, en segundo lugar, se busca identificar las consecuencias del trastorno, los recursos de manejo con los que cuenta el paciente y las formas de afrontamiento que posee. El siguiente aspecto que se evalúa es la compatibilidad de las características del paciente con el trabajo en grupo, finalmente la evaluación con instrumentos psicométricos permite tener una referencia más objetiva que la entrevista; finalizando la evaluación se realiza una selección para asignar a los pacientes que tengan mayor probabilidad de éxito en el grupo y se selecciona a los que requieren terapia individual antes de la introducción a algún grupo⁴⁶.

Posteriormente se estructura el tratamiento, espacio y el horario, el programa de tratamiento tiene una duración de 14 semanas, cada sesión tiene una duración de 90 min. y se atiende a un promedio de 8 a 10 pacientes por grupo guiado por dos psicólogos. El tratamiento se divide en seis módulos; módulo psicoeducativo, de manejo de ansiedad, de activación conductual, de reestructuración cognitiva, de habilidades sociales y el módulo de prevención de recaídas⁴⁷.

El primer módulo hace referencia a las dos primeras sesiones, en las cuales se le informa al paciente como se llevará a cabo el trabajo, horario, lugar, formas de trabajo, reglas generales, la importancia del compromiso, y se les dará una

⁴⁶ Joana Guarch Doménech y Olga Puig, "Aspectos generales del tratamiento", Joana Guarch Doménech en *Tratando...trastornos distímico y otros trastornos depresivos crónicos*. Madrid (España), Pirámides, 2006 pp. 31-52.

⁴⁷Joana Guarch Doménech, "Curso típico de la terapia cognitivo-conductual en grupos para la depresión crónica", en Joana Guarch Doménech, *Tratando...trastornos distímico y otros trastornos depresivos crónicos*. Madrid (España), Pirámides, 2006, pp. 53-67.

exposición detallada sobre las características del trastornos y sus repercusiones. Se trata de dar información clara y concisa respecto las particularidades del trastorno, la etiología del trastorno y los modelos de tratamiento. En el siguiente módulo que es el de manejo de la ansiedad, se entrenará al paciente en una serie de técnicas, que facilitarán la relajación del mismo y disminuirán el grado de ansiedad⁴⁸.

El tercer módulo corresponde a la activación conductual, éste módulo está dividido en dos bloques: el de autocambio y el de actividades placenteras. En el primer bloque el paciente primero identifica el problema y para esto describe situaciones, sentimientos y conductas relacionadas con la experiencia depresiva, después realiza una definición operativa que es , describir todo lo que ya identificó en conductas concretas, una vez teniendo esta descripción se concretan objetivos, es decir, se selecciona una conducta en específico, se establece una línea base y posteriormente se hace un compromiso por cambiar dicha conducta, esto con ayuda de técnicas de resolución de problemas. El siguiente bloque consiste en ayudar al paciente a diseñar, implementar y evaluar los efectos de un plan para conseguir actividades que sean reforzantes⁴⁹.

El módulo de reestructuración cognitiva se refiere al procedimiento de la identificación de pensamientos distorsionados y la generación de una formulación en términos más adaptativos. En el siguiente módulo se trabaja con las habilidades sociales dado que se sabe que es un elemento importante en el origen y mantenimiento de la depresión, esto se trabaja definiendo distintos estilos de comunicación, identificando características del estilo asertivo, discutiendo en equipo un listado de derechos asertivos y finalmente resumiendo todos los conceptos y estrategias trabajadas en ensayos de conducta⁵⁰.

⁴⁸ Idem

⁴⁹ Idem.

⁵⁰ Idem.

El último módulo de prevención de recaídas hace referencia al trabajo que se realiza en la última sesión, que implica revisar y resumir todos los conceptos vistos a lo largo del tratamiento así como los procedimientos y estrategias trabajados. El objetivo es realizar un análisis de cómo detectar la presencia de sintomatología y cómo emplear todo lo aprendido en la vida diaria, se debe evaluar a cada uno de los pacientes a través de sus respuestas y poner especial atención en aquellos que se considere pertinente⁵¹.

Los tratamientos arriba descritos son una de las opciones que ofrece la teoría cognitivo-conductual, como se puede leer son propuestas prácticas específicas y globalizadas para todos los casos que se trabajen, ya que éste enfoque busca la estandarización y la normalidad.

Desde este enfoque el género no es un elemento tan importante para la explicación, ni para el tratamiento de la depresión; lo que se toma en cuenta son los elementos que mantienen y generan la conducta y pensamiento depresivo, el género es una característica más.

1.3 Depresión desde el enfoque Histórico- cultural

La propuesta teórica del enfoque Histórico-cultural encuentra importantes aportaciones en el discurso de Lev Semenovich Vigotsky. Psicólogo y semiólogo de origen soviético quien nació en noviembre de 1896 en Orsha Bielorrusia, dentro de una familia judía que se preocupó por proporcionarle a Vigotsky un ambiente intelectualmente estimulante. Llegado el momento ingresó a la carrera de medicina en la Universidad de Moscú pero en menos de un mes pidió su cambio al departamento de leyes, al mismo tiempo que estudiaba leyes asistía a clases en la Universidad Popular de Shanyauskii. En 1917 Vigotsky se graduó en leyes y a lo largo de su vida profesional se dedica a diversas actividades, todas ellas

⁵¹ Idem.

combinadas; fue profesor en varias instituciones, abrió laboratorio para realizar investigaciones en diferentes lugares, dio conferencias, publicó libros y artículos, asesoró investigaciones y fué formulando toda una teoría para explicar los procesos psicológicos. Todo lo desarrollado por Vigotsky fue bien recibido dentro del círculo de intelectuales y científicos, esto a causa de la apertura cultural que propicio la guerra de Rusia de 1917. A pesar de morir joven Vigotsky proporcionó las bases para un trabajo diferente en el campo de la psicología, en el cual se observa no sólo al individuo sino al entorno que lo rodea⁵².

Son tres los puntos que forma la estructura teórica de Vigotsky; 1) la creencia en el método genético o evolutivo; 2) la tesis de que los procesos psicológicos superiores tienen su origen en procesos sociales y 3) la tesis de que los procesos mentales puede entenderse mediante la comprensión de los instrumentos y signos que actúan de mediadores.⁵³

Sobre el primer punto se puede afirma que Vigotsky propone el método genético/evolutivo con el fin de cubrir los huecos que otras teorías y métodos abrieron. Dicho método resalta la importancia del análisis del proceso a través del cual se elaboran las formas superiores. Con esto se toma importancia en los elementos que han permitido el desarrollo de los fenómenos psicológicos. Dentro del análisis genético se toma en cuenta los procesos evolutivos tal cual se van presentando, pero Vigotsky toma en cuenta los efectos de las interrupciones y los efectos sobre ellos⁵⁴. Esto quiere decir que Vigotsky toma el concepto genético “desde la clásica modalidad marxista que considera los fenómenos en su proceso evolutivo, en su desarrollo”⁵⁵.

⁵² James V. Wertsch, “Vigotsky y la formación social de la mente”. España, Paidós, 1998.

⁵³ Idem.

⁵⁴ Idem.

⁵⁵ Patricia Bouzas, “El constructivismo de Vigotsky: Pedagogía y aprendizaje como fenómeno social”, Buenos Aires, Longseller, 2004 p. 29.

Sobre las funciones psicológicas Vigotsky señala que existen unas estructuras primitivas y con éste término hace referencia a las estructuras heredadas de la psique, dichas estructuras se presentan como reacción del sujeto a su medio⁵⁶.

Existen por otro lado, las funciones psicológicas superiores que son aquellas entendidas por una línea cultural del desarrollo y la construcción de los métodos de razonamiento. Vigotsky da gran importancia a la interacción social ya que basa la elaboración de las funciones superiores en primer momento a la interacción del niño con otros niños o adultos y posteriormente a la internalización de dichas funciones.⁵⁷.

Finalmente sobre el tercer punto que propone la teórica de Vigotsky se puede decir que al hablar de mediación se refiere a la asimilación de medio, procedimientos y formas de comportamiento cultural unida al contenido de la experiencia cultural.⁵⁸

El enfoque histórico-cultural no trabaja de forma específica la depresión, si se quisiera explicar dicho fenómeno psicológico se tendría que elegir cuál es el elemento más relevante a tratar, en el caso del actual trabajo sería la depresión femenina, y desde este punto iniciar para realizar investigaciones partiendo del factor género y todo lo que la formación de él implica. Ya que dependiendo del género al que se pertenece se determinan cuáles son las conductas afines y aprobadas y cuáles nos sacarían bruscamente de dicha dinámica.

“Tanto las etiologías como los tratamientos que se proponen desde los diferentes enfoques terapéuticos, consideran la importancia de visualizar las circunstancias que acompañan la construcción de la identidad de varones y mujeres, y que a su vez esta construcción pautará en gran

⁵⁶ Enrique García González, “Vigotsky; La construcción historia de la Psique. México”, Trillas, 2000, p. 28.

⁵⁷ Ibid, pp.. 25-35

⁵⁸ Ibid, pp. 25-35

medida la manera en que han de asumir las distintas experiencias a lo largo de su vida”⁵⁹.

Sin embargo, la explicación que se puede encontrar sería específica para un contexto social único y por otro lado este enfoque no ofrece muchas técnicas de tratamiento, se concentra sobre todo en la explicación y en el método empleado para el estudio de los procesos psicológicos.

1.4 La Terapia Gestalt

La psicología de la Gestalt, fue iniciada por Wertheimer, Köhler y Koffka , tiempo antes de la Primera Guerra Mundial, fue importante por su desacuerdo con la idea de la psicología antigua y por buscar estudiar las configuraciones y patrones naturales que surgen a consecuencia de la experiencia directa⁶⁰.

En sus inicios, la mayoría de los trabajos de investigación de la psicología Gestalt se concentró en la percepción, más tarde se fue ampliando y dirigiendo a otros campos como el aprendizaje, la conducta social y el pensamiento⁶¹.

A ésta psicología se le conoce también como psicología del Campo, ya que considera que la conducta tiene lugar dentro de un medio ambiente el cual, es un sistema organizado de tensiones y esfuerzos comparable con un campo gravitacional o electromagnético. Dos de los conceptos básicos dentro de ésta corriente son el campo psicofísico que está formado por el yo y el medio ambiente conductual y figura-fondo, en donde la figura obedece a ciertas leyes como la buena forma y cierre⁶².

⁵⁹ Oliva Sánchez López, “¿Es la depresión un estado constitutivo de la naturaleza femenina?, en Sergio López Ramos. Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones I. Los reyes Iztacala, Estado de México, CEAPAC, 2002.

⁶⁰ Celodonio Castanedo, “Terapia Gestalt; enfoque centrado en el aquí y en el ahora”, Barcelona, Heder, 2002, pp. 43-58

⁶¹ Idem.

⁶² Idem.

Fritz Perls, introdujo nuevos elementos a la psicología Gestalt, aumenta la percepción figura de las Gestalten que se forma en el cuerpo y en la vinculación individuo-ambiente⁶³. Perls nace en Berlín en 1893, Perls tuvo una formación interesante y logró incluir en su trabajo terapéutico elementos de distintas corrientes psicológicas y de diversas disciplinas. Estudió medicina y luego se convirtió en analista, pasó gran parte de su vida viajando y buscando nuevos conocimientos. Forma gran número de grupos de trabajo, en cierto momento de su vida por sus cuestionamientos y técnicas inusuales es criticado y expulsado del círculo psicoanalítico. No realizó muchos escritos pero dejó conferencias y sesiones grabadas las cuales han servido para el diseño de técnicas y teoría de la terapia Gestalt⁶⁴.

El término Gestalt hace referencia a una entidad de percepción a un algo que está completo, a un todo. Dicho concepto es tomado de una teoría alemana que también afirma que la Gestalt, es una entidad formada por la interacción entre una forma y un fondo, la cual permite a las personas organizar sus percepciones en un todo. Se diferencian dos niveles de Gestalt uno que hace referencia a la Gestalt de la personalidad, esto es, la totalidad que se expresa en la realización del sí mismo y la cual requiere su reintegración de las partes que fueron aisladas. El segundo nivel se refiere a la Gestalt de comportamiento que es la totalidad que surge cuando una tarea iniciada es llevada a un buen término⁶⁵.

Otro concepto que es tomado de la teoría Gestalt es el de Gestalt no terminada que señala que una persona no puede estar disponible para otro tipo de experiencia hasta dar fin a una experiencia incompleta con su vida. Y hasta que dicha Gestalt no

⁶³ Idem.

⁶⁴ Marie Petit, "La terapia Gestalt", Barcelona, Cairós, 1987.

⁶⁵ Idem.

esté terminada la persona hará todo por repetir de forma compulsiva dicha experiencia, convirtiendo esto en un esquema repetitivo de comportamiento⁶⁶.

Lo anterior se refiere a los asuntos inconclusos, se le llaman a toda la situación intelectual, emocional, circunstancial o conductual que señale que cierto asunto quedo sin resolver, algunos de estos asuntos son inofensivos y otros importantes, dichos asuntos por la necesidad de manifestarse se presentan en sueños o fantasías recurrentes o simplemente se manifiestan como síntomas y síndromes⁶⁷.

La Gestalt nombra persona sana a aquella en la que se forma un proceso continuo y sin rupturas de Gestalts y posteriormente son destruídas, dicho proceso se da de la siguiente forma:

1. El primer estadio representa en la persona sana el estado de <<vacío fértil>>, donde el sentimiento de ser da lugar a la plenitud.
2. Un déficit del organismo se manifiesta.
3. Esta necesidad engendra una tensión hacia la satisfacción.
4. Esta tensión engendra a su vez una excitación que moviliza tanto la respiración como las funciones sensoriales y motrices.
5. Entro en contacto con eso que satisface mi necesidad
6. Experimento el placer del contacto
7. Actúo de acuerdo con mi necesidad
8. Siento plenamente la satisfacción que se deriva de mi acción
9. Satisfecha mi necesidad, entro de nuevo en un período de reposo; estoy bien conmigo mismo⁶⁸.

En situaciones patológicas el proceso se da de forma diferente;

⁶⁶ Idem.

⁶⁷ Héctor P. Salama, "Psicoterapia Gestalt; proceso y metodología", México, Alfaomega, 2002, pp. 87-89 y 95-103.

⁶⁸ Idem

1. La persona no puede realizar completamente el estado vacío fértil. Está siempre en contacto con las Gestalts inacabadas que se manifiestan por una verborrea mental incesante.
2. La persona entra difícilmente en contacto con su necesidad actual.
3. Esta necesidad reactiva la angustia vinculada con la Gestalt no terminada
4. La tensión hacia la satisfacción se transforma en ansiedad que empobrece la sensibilidad y afecta la respiración.
5. Esto conduce a la prevención, a la negativa a aceptar el riesgo de experimentar la satisfacción de la necesidad.
6. Antiguos esquemas de comportamiento se interponen entre el deseo y su realización y se manifiestan bajo la forma de proyección u otros procesos de prevención.
7. La acción será incoherente respecto a la necesidad primitiva
8. Dicha acción engendrará un sentimiento de frustración y se interiorizará el propio mandato en relación a la necesidad que no se habrá satisfecho.
9. Esto conduce finalmente al impasse, el vacío doloroso en el que se tortura la persona en su propia impotencia⁶⁹.

Con lo anterior se puede comprender que el propósito de la terapia es restaurar las partes perdidas de la personalidad y recuperar la experiencia y los funcionamientos rechazados. Esto se logra ocupándose de los papeles fingidos y los huecos en la personalidad, utilizando el método de la constante vigilancia de la conciencia y los instrumentos empleados, son la voz y la evasión y demandas del paciente⁷⁰.

El concepto de conciencia es de gran importancia en esta terapia e implica que la conciencia es subjetiva, es un medio continuo para distinguir el uno mismo, el mundo y la zona intermedia, es el camino para la comprensión del “como” de la

⁶⁹ Patricia Baumgardner, “Terapia Gestalt; teoría y práctica”, México, Pax, 2003.

⁷⁰ Idem.

conducta, se relaciona con el contacto/retramiento y con las emociones y los músculos⁷¹.

Dentro del trabajo terapéutico es importante el empleo del medio de la conciencia continua, el cual consiste en pedirle al paciente que exprese en voz alta la percepción que tiene de él mismo y después de unos minutos pedirle que exprese de igual forma lo que percibe fuera de él. Se continúa con el ejercicio pidiendo que alterne las dos percepciones. Este procedimiento tiene como propósito lograr que el paciente reconozca y aprenda a compartir sus emociones y la percepción de su cuerpo y se aplica desde el inicio de la terapia para ir introduciendo progresivamente al paciente en la dinámica de la terapia⁷².

Como se puede observar el discurso de la terapia Gestalt pone gran interés en el cuerpo y la perspectiva del mismo, y esto es por la relevancia que tiene la inserción de los sentimientos en el cuerpo y las consecuencias que tiene dicha introducción. Este enfoque terapéutico respondiendo a este interés en el cuerpo introduce dentro de su metodología movimientos del mismo⁷³.

El proceso de evolución que se genera en la terapia Gestalt considera cinco las etapas por las cuales se pasa: El lugar común, representaciones de un papel, callejón sin salida, implosión, explosión y vida. El terapeuta se ubica en el momento de la terapia en la segunda etapa (representación de un papel)⁷⁴.

Ésta breve presentación de los conceptos básicos de la terapia Gestalt permite tener una idea del objetivo de la terapia y de la forma de trabajo y explicación de los eventos psicológicos. Las técnicas empleadas dependen del terapeuta y del paciente. Desde éste enfoque se afirma sobre la depresión que se presenta cuando

⁷¹ Idem.

⁷² Idem.

⁷³ Idem.

⁷⁴ Idem.

dado que las personas son incapaces de manifestar sus insatisfacciones de sus seres queridos y demás personas que la rodean, regresan toda la hostilidad contra sí mismo, impidiendo así el flujo de energía⁷⁵.

Existen las llamadas técnicas vivenciales que son: las supresivas, expresivas e integrativas. Las técnicas supresivas se emplean para dejar de hacer, distintas formas para hacer que deje de hacer el individuo una forma es experimentar el vacío, el cual busca que las personas se conecten con sus sensaciones desagradables o sus vacíos existenciales, de tal manera que se convierta el vacío estéril en vacío fértil. No hablar acerca de eso es otra técnica que se emplea si dentro de la sesión surge algo que deba cerrarse, he implica permitir que el individuo entre en contacto más que hablar sobre él. También es importante descubrir los debeísmos, estos preceptos integrados al yo por figuras representativas de la infancia y cambiar “debo” por “quiero”. Otra técnica es encontrar las formas de manipulación del paciente, esto se logra identificando dichas técnicas y facilitar el contacto con las mismas al paciente. El saber formular preguntas y respuestas es una técnica más que el terapeuta tiene que dominar para poder contribuir todo el tiempo al crecimiento del individuo y no caer en juegos de manipulación por parte el mismo. La atención debe estar siempre al cien por ciento para captar cuando se pide aprobación, esto es, reconocer cuando el paciente manipula y cuanto requiere la aprobación para autoapoyarse. Es adecuado aceptar el afecto del paciente o felicitarlo cuando tiene un logro, ya que dicha acción favorece a la autoestima. Por último dentro de las técnicas supresivas está el darse cuenta de cuándo se está demandando o exigiendo ya que esto se da debido a una necesidad de control por parte del paciente y debe saber el terapeuta como manejarlo⁷⁶.

Las siguientes técnicas son las expresivas tiene como objetivo reunir energía suficiente para fortalecer el contenido del darse cuenta, se da esto sugiriendo la

⁷⁵ Idem.

⁷⁶ Héctor P. Salama, “Psicoterapia Gestalt; proceso y metodología”, México, Alfaomega, 2002, pp. .87-89 y 95-103.

intensificación de la atención o exagerando la acción deliberadamente. La primera de éstas técnicas es la de expresar lo no expresado, y esto hace referencia a detectar los indicios del paciente para no expresar eso que no ha sido expresado e impulsarlo a decir lo no dicho. Una técnica más es, la de terminar o completar la expresión, lo cual se logra observando las frases interrumpidas o las narraciones que dejan la sensación de que faltó algo y se le pide al paciente que complete dicha frase o circunstancia. Buscar la dirección y hacer la expresión directa, observando micro movimientos y permitiendo que a partir de la exageración de dichos movimientos el individuo descifre que es lo que ese movimiento quiere decir y decirlo directamente⁷⁷.

Las técnicas integrativas, son las combinación de las dos anteriores y tiene como objetivo unir las partes alienadas del individuo. El encuentro intrapersonal es una de estas técnicas y consiste en generar un diálogo entre las distintas funciones del yo y lograr una integración. La asimilación de lo proyectado, es tomar conciencia de lo alienado o disociado y favorecer la responsabilidad. Finalmente las fantasías guiadas son otra técnica integrativa que son situaciones en las que se le pide al paciente que explore, son narradas por el terapeuta⁷⁸.

Sobre el tratamiento que se le da a las personas con depresión varía como ya se mencionó dependiendo del terapeuta, pero algunas técnicas útiles para el trabajo terapéutico de este tipo son las que permiten a las personas darse cuenta, las técnicas o ejercicios del darse cuenta tienen como objetivo: permitir que emerja a la superficie o figura una Gestalt que ha quedado inconclusa⁷⁹.

Existen tres tipos de darse cuenta o zonas de darse cuenta: el darse cuenta del mundo exterior, el darse cuenta del mundo interior y el darse cuenta de la fantasía. El primer darse cuenta se refiere a entrar en contacto sensorial en el aquí y ahora con

⁷⁷ Idem.

⁷⁸ Idem

⁷⁹ Celodonio Castanedo, "Terapia Gestalt; enfoque centrado en el aquí y en el ahora", Barcelona, Heder, 2002, pp. 43-58.

los objetos y eventos. El darse cuenta del mundo interior, implica contacto sensorial actual con eventos internos del presente. Finalmente, el darse cuenta de la fantasía implica toda la actividad mental que va más allá de lo que ocurre en el presente⁸⁰.

Algunos de estos ejercicios de darse cuenta que sirven el tratamiento de la depresión son los siguientes:

Exigencias y respuestas (perro de arriba y perro de abajo), que consiste en pedirle al paciente que se sienta cómodamente y cierre los ojos, después de hacer tres respiraciones pedirle que imagine ahora que se está mirando, sentado frente a él mismo. Le pedimos que forme una imagen que sí mismo como mirándose en un espejo y conteste las siguientes preguntas ¿cómo está sentada esa imagen?, ¿qué está usando esa imagen de usted? ¿qué tipo de expresión facial tiene?, etc. Después de responder estas preguntas le pedimos que critique en silencio esa imagen, que le diga a esta imagen todo lo que debería y no debería hacer, y conforme van realizando este ejercicio se dé cuenta cómo se siente físicamente, cómo dice las críticas y en que tono, etc., después de un rato le pedimos a las personas que cambien de papel, dejamos que realice el otro rol por un rato y le pedimos que lentamente abra los ojos y después exprese como se sintió, jugando cada uno de estos roles, que se exigen y a si le refiere o no a una persona alguno de los roles. Este ejercicio servirá para que los individuos se den cuenta de cuales son las exigencias que se hace a sí mismo como reflejo de otras personas y que es importante saber que siente y que quiere para poder entonces enfrentar el mundo⁸¹.

Otra de las técnicas que se pueden emplear son las que ayudan a dejar partir el pasado; las cuales implican la toma de conciencia sobre los eventos del pasado que mantienen al paciente comprometido y no dejan que realice compromisos con el presente.

⁸⁰ John O. Stevens, "El darse cuenta, sentir, imaginar, vivenciar", México, Cuatro Vientos, 2002.

⁸¹ Idem.

Situación si- no , es una técnica que puede ayudar al paciente a soltar el pasado, éste ejercicio consiste en poner al paciente acostado boca arriba y pedirle que cierre los ojos, después pedirle que respire profundamente y que sienta cada parte de su cuerpo, en el caso de que sienta incomodidad en algún lugar que se acomode lo mejor posible y retome la respiración, imaginando que todo su cuerpo es un gran globo. Una vez relajado se le pide que recuerde una situación en la que dijo que si pero que deseaba decir que no, una vez que recuerde todos los detalles le pedimos que vaya de nuevo a esa situación pero ésta vez en lugar de decir que si diga no y continúe el diálogo con esta persona percibiendo como se siente por haber dicho que no, después se le pide que cambie de papel con la persona a la que le dijo que no y observe como se siente esta persona. En cuanto sienta una réplica de ésta persona debe colocarse en el otro rol y contestar y comenzar un dialogo y observar si discuten, pelean o comienzan a comunicarse, después de un momento se le pide que abra los ojos al paciente y se discute lo sucedido de tal forma que se genere una reflexión y que el paciente se de cuenta que las cosas no resueltas del pasado generan una fuga de energía de las cosas del presente y nunca se viven al 100% hasta que se resuelve el asunto⁸².

Tomando en cuenta que los padres son de gran importancia en el desarrollo de las personas y en el origen de los síndromes hay otro ejercicio de gran utilidad a la hora de trabajar con personas depresivas y que es el de *Diálogo con los padres*, en éste, se le pide al paciente que se siente cómodo y cierre los ojos, visualizando a uno de sus padres sentado frente a él, le damos un momento para que esta visualización realmente sea de su padre o madre y luego le preguntamos ¿cómo está sentado?, ¿qué lleva puesto?, ¿qué tipo de expresión facial tiene?, ¿cómo se siente él mientras mira a su padre o madre?. Una vez que respondió a estas preguntas se le pide al paciente que sea totalmente honesto con su padre y que le diga todo lo que nunca le dijo, que exprese todo lo que no pudo o no ha podido expresar, se le dan 5 minutos para esto y luego se le pide que cambie de papel y se coloque en el papel del padre, desde ahí debe responder a todo eso que el hijo le dijo y una vez que

⁸² Idem.

respondió se le pide que cambie de lugar y que continúe este diálogo, hasta que ya no tenga más que decir y después se le pide al paciente que le diga a su padre las cosas que aprecia de él, de la forma más detallada posible. Una vez que se terminó esto se cambia de puesto y se responde a esto, y desde el rol de padre le dice al hijo todo lo que aprecia de él y una vez que se termina de nuevo se reflexiona junto con el paciente todo lo que se dijo y como se sintió⁸³.

Lo que se lee entre líneas de estas técnicas es la necesidad que se tiene por despertar y desarrollar la conciencia en los pacientes, esperando así un cambio en la acción concreta e integrando nuevas formas de pensamiento ante la historia personal y la acción.

Otros ejercicios que se pueden trabajar en sesión son: *Tengo que- Elijo que, No puedo- No quiero, Necesito- Quiero, Tengo miedo- Me gustaría*. Todos ellos se llevan a cabo en parejas, (terapeuta-paciente) uno frente al otro, se le pide al paciente que inicie la frase con tengo que, no puedo, necesito, o tengo miedo, dependiendo del ejercicio que se esté trabajando y continúe con una lista de cosas que hacen referencia a esta primera frase, se le pide que diga todo lo que se le venga a la mente. Después de un rato, se le pide que diga todas las frases que dijo anteriormente pero ahora que inicie la frase con, Elijo que, No quiero, Quiero o Me gustaría, dependiendo de la frase con la inició al principio del ejercicio, al igual que en todos los otros ejercicios descritos arriba una vez terminado el ejercicio se le pide al paciente comente todo lo que sintió y lo que siente en ese momento y de las cosas que notó y de las que antes no tenía conciencia⁸⁴.

Algunas de éstas técnicas no concluirán en una sola sesión y será necesario trabajar con ellas en dos o más sesiones, aquí el trabajo terapéutico no tiene un programa rígido que debe ser cumplido, sino que se va avanzando conforme la persona lo requiere y las técnicas van cambiando junto con el paciente. Se puede también dejar

⁸³ Idem.

⁸⁴ Idem.

tareas en casa o pequeños ejercicios similares a los realizados en terapia, que mejorarán el trabajo terapéutico.

El trabajo de la Gestalt con respecto a la depresión no es tan preciso como el del enfoque cognitivo-conductual, pero como se observa tiene gran cantidad de técnicas que se pueden emplear dependiendo del caso y un soporte teórico para explicar la situación terapéutica que se esté trabajando, algunas de éstas técnicas ya fueron mencionadas pero cabe señalar que no son las únicas, sino apenas una pequeña parte y dependiendo del terapeuta las pautas de dichas técnicas pueden ser modificadas e incluso se pueden crear algunas técnicas para el trabajo clínico.

Como se ha podido observar cada uno de los enfoques trabajados en éste capítulo estudian, interpretan y tratan de diferente manera los eventos psicológicos en general y la depresión en particular. Los intereses que persiguen son diferentes y los elementos en los que encuentran las explicaciones de dichos eventos varían, algunos son más explicativos, otros más prácticos, pero es importante mencionar y conocer lo que ya se ha hecho para entonces poder dar nuevas ideas y generar un verdadero cambio en el trabajo terapéutico, el conocimiento es la llave al verdadero crecimiento y mejoramiento de la formación profesional.

Cada vez que se realiza un acercamiento a un trabajo teórico y práctico de cualquier área es importante e interesante para la apropiación del conocimiento que no sólo se aprecie el alcance del trabajo sino también sus limitaciones. Hasta aquí se han revisado tres diferentes teorías, las cuales como ya se expuso en cada apartado poseen características propias y ciertos alcances.

Empecemos este análisis de las limitaciones de las teorías expuestas aquí con el enfoque cognitivo-conductual, el cual ofrece resultados rápidos, que se enfocan siempre en desaparecer el síntoma, es el enfoque que va más de la mano con la propuesta médica, ya que ambas propuestas ven al cuerpo fragmentado, por lo tanto la explicación que dan del mismo es en partes, esto limita el trabajo terapéutico ya

que se observa al paciente en su conducta pero no en su historia (solo toma en cuenta la historia inmediata), en su cultura o en su sociedad, se ve lo que hace concretamente hablando pero no se atiende al cuerpo, en los casos en los que el cuerpo si es atendido se atiende de manera secundaria no como parte del problema sino como una consecuencia de un trastorno de la conducta. Por lo tanto su limitante está en la visión fragmentada del cuerpo que sólo le permite observar y atender el síntoma sin llegar al origen, como consecuencia los pacientes generan recaídas ya sea en el mismo padecimiento o en algún otro, el síntoma se mueve pero nunca se va.

El segundo enfoque revisado fue el histórico-cultural, el cual ya trabaja con la historia del sujeto y la influencia de ésta y la cultura en la construcción del mismo; sin embargo, se concentra en la explicación de proceso y no en su modificación, proporciona bases teóricas para mejorar el entendimiento de ser humano pero no proporciona los recursos necesarios para realizar un cambio, la intervención que se realiza en éste enfoque está más relacionada con el proceso de investigación que con un proceso terapéutico. Por otro lado, tampoco atiende al cuerpo, dicha exclusión limita su explicación ya que sólo considera al ser humano como un constructor social y no como un cuerpo.

Por ultimo, se revisó la teoría Gestalt la cual implica en su constitución una serie de elementos que entiende al paciente como un ser con un cuerpo y busca explorar en sus sensaciones y sus percepciones, lo que nos da de nuevo este enfoque es la integración del cuerpo, su principal limitante es que se queda en sentir el cuerpo y reconocer sus percepciones, el trabajo que realiza sigue siendo lingüístico y con ayuda de la imaginación aunque incluye el cuerpo ya, lo explora desde una forma muy racional.

Hasta aquí se ha trabajado con las aportaciones realizadas por distintas teorías para el entendimiento y trabajo de la depresión, es importante señalar que no son los únicos enfoque existentes, pero sí de los más representativos. Un discurso que

también es representativo es el Psicoanálisis, el cual, tiene escritos que tratan sobre la depresión, la melancolía, el duelo, entre otros, dicho discurso no fue incluido en ésta revisión dado que el Psicoanálisis propiamente no es considerado Psicología, ambas disciplinas recorren por caminos diferentes el estudio del hombre, por lo tanto no se puede incluir en éste escrito que hace referencia a los enfoques psicológicos y al trabajo de los mismos sobre la depresión.

Lo siguientes capítulos tratarán sobre una propuesta nueva en psicología, en donde se trata de visualizar al ser humano como un todo evitando de ésta forma fragmentar el conocimiento del mismo y en donde el trabajo se realiza observando todos los elementos que rodean a la persona, respondiendo de ésta forma las demandas de la sociedad con propuestas nuevas e integrativas.

CAPÍTULO 2

En el presente capítulo se versará sobre la visión que se tiene del sujeto y de su construcción desde el enfoque Psicocorporal, dicha visión se irá entretejiendo con relación a la depresión como problema que atañe a toda la sociedad y posteriormente se irá puntualizando sobre la depresión femenina y todos los elementos que se ven implicados en dicho padecimiento. Todo lo escrito en este capítulo, tiene como objetivo mejorar el entendimiento del siguiente y último capítulo en el cual se expondrá un caso clínico atendido con un principio de terapia corporal.

Es importante tener presente todos los elementos antes expuestos, los cuáles dan cuenta de algunas de las propuestas teóricas exigentes en psicología, el objetivo nunca es descartar ese saber, sino, mantenerlo presente para tener una visión más completa de las miras que existen en psicología y que es lo que cada una de ellas ofrece en su discurso.

2. Depresión femenina desde un enfoque corporal

Iniciaremos diciendo que el enfoque corporal es diferente a otros enfoques por su visión del cuerpo y la emoción, así como la búsqueda que tiene de unificar al cuerpo: lo expuesto hasta el momento nos habla de la psicología, hecha hace algún tiempo y que si bien se ha ido modificando, en esencia es lo mismo, a diferencia de éstas propuestas teóricas, el enfoque que se trabajará a continuación, busca dar una respuesta a las demandas actuales de la sociedad las cuales se deben reconocer y conocer para poder entonces elaborar discursos que entiendan en dónde está parado el paciente y el terapeuta.

Hasta el primer capítulo ya se tenía una premisa, el cuerpo ha sido visto de forma fragmentada a lo largo del tiempo, el estudio y atención del mismo se ha vuelto cosa de mil especialistas, cada vez es más limitada la intervención de un especialista, se ha fragmentando tanto al cuerpo que no se puede conciliar las distintas miradas que

se tienen de él, se encuentra la ciencia en un debate de discursos que hablan de lo mismo (el cuerpo), pero en el que los ponentes jamás logran escucharse del todo y mucho menos entenderse. Es por ésta fragmentación y lo que se ha observado que trae como resultado en la vida del sujeto que la propuesta del enfoque Psicocorporal retoma su importancia y encuentra su puerta de acceso a la intervención terapéutica.

El enfoque Psicocorporal es el resultado del trabajo en pro de la unificación del cuerpo, es una propuesta teórico-práctica, que busca dar respuesta a las demandas de una cultura que adolece de comunicación con su cuerpo, dicha desconexión es el resultado del dualismo y la fragmentación que la ciencia ha propuesto para trabajar y entender al hombre.

Dicho enfoque como todos los anteriores tienen un cuerpo teórico y herramientas prácticas para el ejercicio del psicólogo, lo interesante y diferente de éste enfoque es la capacidad que busca desarrollar en el profesional de ver al hombre como un todo y no sólo como conducta, cuerpo, sociedad o química. Dicho enfoque invita a los practicantes a una visión más completa y a servir a una cultura con demandas específicas.

Desde éste enfoque el ser humano es visto como un ser vivo, el cual forma parte del planeta y puede entonces ser comprendido a partir de los elementos que componen la vida en el planeta. Esto quiere decir que, el cuerpo humano posee un equilibrio interior que está en correspondencia con su mundo exterior. Lo anterior nos lleva a entender el cuerpo como un "microcosmos", lo cual significa que en su interior no existe nada sin una relación con el exterior, existe una comunicación interna que no se puede romper en busca de objetivismos, nada de lo que sucede fuera del cuerpo es ajeno a él; sin embargo, no sólo existe una vinculación con su exterior en el cuerpo. También una articulación de procesos interna, estos procesos implican dos elementos importantes los órganos y las emociones. Dichos procesos por naturaleza son complejos pero se vuelve aún más difícil su lectura y entendimiento cuando se introduce el cuerpo en una cultura de una geografía específica, es entonces cuando

esto se da de una forma, lo cual lleva a caminos degenerativos o al mantenimiento de la salud, todo depende de cómo se da el cruce entre el cuerpo y la cultura. Otro elemento que se agrega a éste proceso son las relaciones familiares y los sistemas de alimentación; todo lo anterior da origen a un microcosmos con ciertos gustos, olores, creencias, sentimientos, manejo y formas de expresar emociones específicas, entre otros elementos⁸⁵.

Si el cuerpo es visto desde la visión de microcosmo, es obvio, que debido al rompimiento del equilibrio en el exterior, el cuerpo o los cuerpos actuales sufran y se manifiesten con la enfermedad dado que vive en una sociedad fuera de todo equilibrio, en donde los recursos son mal empleados, la tierra sufre abusos por la mano del hombre y se ha perdido todo respeto por la vida. Dichas alteraciones traen como resultado una transformación en las redes de cooperación de los seres vivos y efectos en el cuerpo que tiene que adaptarse, tener una enfermedad crónica o morir⁸⁶.

Entendiendo con todo lo anterior la influencia de lo histórico, cultural y social en la construcción del sujeto, no es raro observar que los padecimientos en los que se ven involucradas las emociones han incrementado desmedidamente, se sabe que los problemas de orden psicológico, psiquiátrico y psicosomático, van en aumento dadas las condiciones sociales de la actualidad, política-económicas, de guerra, desnutrición, estrés, pérdida de expectativas, entre muchos otros elementos; sin embargo, dichos padecimientos por ser silenciosos y no verse reflejados en tasas de mortalidad, no son tomados en cuenta por las instituciones dedicadas el sector salud o por los representantes políticos⁸⁷.

⁸⁵ Sergio López Ramos, "Una aproximación a la epistemología de lo psicosomático", en Sergio López Ramos, *Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones III*, México, CEAPAC, 2003, pp. 19- 29.

⁸⁶ Idem.

⁸⁷ Idem.

Como lo anterior se puede entender que la historia es parte importante de la constitución del sujeto, en ella encontraremos la forma en que se construye el cuerpo y el acercamiento al mismo. Por lo tanto una historia del cuerpo humano parte de la relación que tiene dicha sociedad con sus representaciones simbólicas. Esto es, un proceso simbólico no sólo es la cultura y cómo esta trasciende en la memoria colectiva, sino también su materialización en los seres humanos que se convierte entonces en lo concreto y prolongado de cierto estilo de vida⁸⁸.

Para entender mejor los procesos históricos que han formado la cultura y las dinámicas sociales, del contexto en el cual nos encontramos inscritos es importante mencionar que los cambios que se han dado en la sociedad mexicana, han sido marcados por etapas que se pueden entender así: La primera etapa se da con el cambio fuerte, consecuencia del choque de dos culturas y de la imposición de una cultura sobre otra, lo cual permitiente el paso a nuevos animales, enfermedades, vestimenta diferente y alimentación, lenguaje y sus implicaciones en la expresión de las emociones y la entrada de una religión que castiga el cuerpo⁸⁹.

La segunda de estas etapas se da al incorporarse la producción industrial, el estrés, comida refinada, aire contaminado, identidad de grupo ausente, la generación de cuerpos debilitados que lo único que buscan es evadir, cuerpos con posturas que ocultan atributos físicos por ser pecaminosos, entre otros elementos⁹⁰.

Se puede afirmar que al introducir una sociedad industrial los trastornos mentales aumentaron significativamente y esto debido a que:

1. Los individuos inmigrantes del campo a la ciudad sufren del colapso cultural que los deja en una relación con el tiempo y espacio que no corresponde a su momento y eso los perturba

⁸⁸ Sergio López Ramos, "Zen y cuerpo humano", México, CEAPAC, 2000.

⁸⁹ Sergio López Ramos, "Órganos, emociones y vida cotidiana", México, Los Reyes, 2006, pp. 13-16.

⁹⁰ Idem.

2. Otro de los elementos que se debe considerar es el abandono afectivo-emocional, en donde el sujeto se expone a una baja autoestima y como consecuencia a perturbaciones sobre su desempeño que lo llevan al aislamiento y a un sentimiento de autodestrucción que se manifiesta de diferentes maneras (agresión física, abandono corporal, poco autocuidado, inestabilidad emocional, entre otras).
3. Una sociedad competitiva es otro elemento que arroja al sujeto a una serie de trastornos, en dicha sociedad el sujeto que no puede entrar en un círculo es desplazado, o en algunos casos en los que logra entrar no soporta la presión que lo lleva a generar altos índices de estrés que se ven reflejados en malestares físicos, en el autoconcepto que se tenga de sí mismo, en interacciones familiares violentas, en adicciones o en una baja de rendimiento físico e intelectual.
4. Por su lado las expectativas de autorrealización son otro elemento que genera una serie de malestares como resultado de la frustración y amargura.
5. Un elemento más que vale la pena mencionar es la percepción alterada de la realidad y la pérdida del contacto con el mundo normativo como consecuencia de un aspecto orgánico derivado de lesiones y secuelas de tipo neuronal.
6. Finalmente, desde otro orden el trabajo de investigación de la actualidad genera resultados que se enfocan en atacar los problemas desde la funcionalidad del cerebro y cambio de la misma⁹¹.

Una tercera etapa es la contemporánea, donde el cuerpo ya no vale por su contenido, sólo por su forma en donde el cuerpo es un producto más que se renta en cualquier campo, y no está pensado para que tenga un desarrollo espiritual, se busca el consumo y las sensaciones hedonistas⁹², esta última etapa no sólo es esto sino todo lo mencionado en las otras etapas, la historia se queda grabada en los cuerpos y se traduce en características específicas, pero es importante saber, que aunque no se tenga conocimiento conciente las entrañas saben y siempre sabrán que hubo detrás.

⁹¹ Idem.

⁹² Sergio López Ramos, "Órganos, emociones y vida cotidiana", México, Los Reyes, 2006, pp. 13-16.

Entendiendo cómo el impacto de la sociedad se traduce e inscribe en el cuerpo, es pertinente señalar que, las formas de vivir y sentir lo corporal, en todas las culturas, son aprendidas y reproducidas por las explicaciones que dan los brujos, los guías religiosos, los médicos, científicos, comerciantes y políticos, pero la manera de concretarlo, de vivirlo cotidianamente en el cuerpo, es un acto de individualidad.⁹³ Aunque no se puede hablar de una autonomía por que, el ser humano se construye a partir de otro⁹⁴.

Conociendo la relevancia de la sociedad en la formación del sujeto y la concepción de cuerpo y manejo del mismo, se puede ir a un elemento más que es la familia, la cual es importante en todo este proceso ya que es a partir de los ritos familiares, que el individuo va formando su cuerpo, la herencia se realiza no sólo a través de la genética, sino del contacto cultural, la familia es la encargada de tomar eso de la cultura y trasformarlo a conveniencia para después trasmitirlo⁹⁵.

“La complejidad de sentir en el sujeto se cruza con su historia personal del sufrimiento y sus maneras de encauzar los padecimientos...”⁹⁶.

Los párrafos anteriores nos muestran algunos de los elementos que se toman en cuenta al momento de trabajar en terapia, el entendimiento del paciente se logra integrando y conociendo cada una de estas historias que él tiene que contar y saber que hay historias no conocidas como discurso pero que se inscriben en el cuerpo, es labor del terapeuta conocer la historia y el desarrollo cultural del lugar en el que está parado para después entender estas historias familiares que toman forma en el

⁹³ Idem.

⁹⁴ Sergio López Ramos, “La instalación de una enfermedad en el cuerpo: algunas notas”, en Sergio López Ramos, Lo corporal y lo psicosomático. Aproximaciones y reflexiones IV, México, CEAPAC, 2007, pág. 17-30.

⁹⁵ Idem.

⁹⁶ Sergio López Ramos, “La instalación de una enfermedad en el cuerpo: algunas notas”, en Sergio López Ramos, Lo corporal y lo psicosomático. Aproximaciones y reflexiones IV; México, CEAPAC, p. 17.

cuerpo y llegan a los consultorios para ser transmitidas por medio del discurso del paciente.

En el momento del tratamiento el enfoque corporal no se limita a tomar una herramienta única y verdadera en sus manos, propone y prepara al terapeuta con diferentes formas de trabajar el cuerpo; cambios de rituales, terapias corporales correctivas, la bioenergética, la acupuntura, la masoterapia, entre algunas otras⁹⁷.

Lo que se busca es dar respuesta a las demandas existentes, con alternativas que atiendan al cuerpo, que busquen el origen de los padecimientos dentro del cuerpo lo cual implica tomar en cuenta los discursos que se fueron entretejiendo en la piel, los órganos, huesos y resto del cuerpo del sujeto⁹⁸.

Hasta aquí se ha intentado dar un panorama general de la forma en que es entendida la construcción del sujeto como un ser histórico, social y cultural, de igual forma se explicó como se da la interacción en el interior del cuerpo, sabiendo lo anterior se puede entender la importancia de hablar de la depresión como un problema social y sobre todo que para entender dicho padecimiento se debe conocer el contexto cultural y social en el que se mueve el mencionado padecimiento.

Pero no sin antes tomar en cuenta que ésta explicación que se le da a la construcción del sujeto no sólo se queda en el discurso, entender cómo se construye el sujeto es una parte, la otra, es la intervención directa con el cuerpo, es ver al cuerpo como un todo.

El caso presentado en el siguiente capítulo, la forma de explicar e intervenir esta en estrecha relación con lo expuesto en este apartado tomando en cuenta estos elementos constitutivos del sujeto se interviene trabajando con el cuerpo como pieza única, buscando sensaciones que se quedaron en la memoria corporal y una vez ubicadas poder liberarlas, sacarlas del cuerpo en forma de discursos, acciones y

⁹⁷ Idem.

⁹⁸ Idem, pp. 17-30

cualquier otro movimiento que se requiera hacer para liberar al cuerpo y a estas sensaciones, para posteriormente poder recuperar el flujo energético que permite al paciente continuar con su vida. Teniendo lo anterior como objetivo de trabajo la terapia Gestalt fue empleada por ser la más próxima a este discurso y contar con técnicas que se dirigen al cuerpo y que buscan mover estas sensaciones, así como, por ser la postura más cercana para poder cumplir los requerimientos de la institución y a la vez trabajar con el cuerpo.

Conociendo lo anterior podemos comenzar con los datos que dan cuenta de las condiciones culturales actuales y las demandas de dicha cultura, encontrando en éstas la atención de la depresión en general como una prioridad.

La depresión es un mal que aqueja a la sociedad actual y que empieza a ser tema de alarma para las instituciones enfocadas en la salud. Según el ISSSTE, la depresión en el 2003, ya ocupaba el lugar número uno en padecimientos mentales y el tratamiento oportuno para la misma y otros padecimientos del mismo tipo se ve comprometido por la existencia de prejuicios sociales con respecto a las enfermedades mentales⁹⁹.

El ISSSTE señala en el 2000 que la depresión afecta al 40% de las mujeres, 20% de los hombres y 70% de los alcohólicos¹⁰⁰.

En el 2002 señala que son ocho millones de mexicanos quienes sufrían depresión de los cuales solo el 30% acudían a pedir ayuda alguna institución, de éste grupo

⁹⁹ ISSSTE, “Depresión, tristeza crónica y ansiedad incrementan su incidencia en el perfil psiquiátrico de los mexicanos”. México, D.F. 2003, http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2003/septiembre/b258_2003.html

¹⁰⁰ ISSSTE, “Afecta la depresión al 40% de las mujeres el 20% de los hombres y 70% de los alcohólicos”. México, D.F., 2000 <http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2000/boletin130.html>.

afectado el 66% son mujeres, el 40% tienen intentos de suicidio y solo el 10% alcanza su objetivo¹⁰¹.

La misma institución indica que para el 2007 alrededor de 90 millones de personas en el mundo, sufrieron algún padecimiento mental de importancia, los cuales van desde una depresión moderada hasta un brote de psicosis agudo. En este año también se reporta que la depresión se presenta más en mujeres y que debido a la depresión hay una baja en el sistema inmunológico lo cual, facilita la aparición de alguna enfermedad¹⁰².

Dadas las demandas actuales de la población mexicana las instituciones dedicadas a la salud como es ISSSTE, comienzan a tomar medidas al respecto; en el caso de ésta institución los cambios que ha hecho han sido investigaciones que se enfocan en busca de un tratamiento individualizado en los pacientes, determinando si existen cambios en la secuencia de los genes que se encargan del funcionamiento de los neurotransmisores o los receptores de los mismos¹⁰³ dicha investigación surge dado que el 8% de la población sufre depresión. También se abrió en 2006 la primera clínica de depresión posparto en América Latina, la cual inicio dando sólo el servicio de consulta externa y se busca abrir los espacios para que las madres juntos con sus hijos sean internados en la misma clínica, a la par del tratamiento se realizarán grabaciones que ayuden a investigar más sobre dicho padecimiento¹⁰⁴. Otra de las

¹⁰¹ ISSSTE, “Con depresión, ocho millones de mexicanos; solo el 30% acude a recibir tratamiento”. México, D.F., 2002, http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2002/agosto/b132_2002.html.

¹⁰² ISSSTE, “90 millones de personas en el mundo han padecido algún problema mental severo”: México, D.F., 2007, http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2007/enero/b004_2007.html

¹⁰³ ISSSTE, “Desarrollan médicos del ISSSTE una investigación para tratar la depresión”. México, D.F., 2007, en: http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2007/mayo/b114_2007.html.

¹⁰⁴ ISSSTE, “Crea el ISSSTE la primera clínica de depresión postparto en latinoamérica”, 2006, http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2006/enero/b013_2006.html.

alternativas que ofrece dicha institución es la psicocirugía, que es realizada como última medida en caso de las cuales el medicamento no fue suficiente, está dirigida a tratar trastornos como esquizofrenia, depresión, trastornos obsesivo compulsivos y ansiedad, su principal objetivo es reducir o desaparecer los rasgos de agresividad en el paciente¹⁰⁵.

Según el ISSSTE, la población más propensa a sufrir depresión es la de los adultos mayores y las mujeres, dicho sesgo con respecto al género es explicado dadas las condiciones sociales y culturales como son la falta de apoyo, violencia de género y discriminación. De la misma forma se afirma que la depresión en hombres se da más en la etapa de la vejez¹⁰⁶.

El ritmo de vida, los cambios sociales, culturales, económicos y las exigencias a las que está sometido el individuo, conlleva al sujeto a un estado de estrés, el cual facilita la aparición de la depresión; las poblaciones más afectadas por el estrés son jóvenes, con el 23.6% por el incremento de sus preocupaciones; mujeres, con el 20.4%, por la inquietud generada por la atención de sus hijos; y hombres con el 8%. También reportó el ISSSTE que el 75% de las personas que acuden a tratamiento, presentan ya un trastorno de alguna enfermedad mental, dentro de estos padecimientos la depresión mayor ocupa el 48% de los casos, seguida de los trastornos relacionados con la vinculación social con un 28%, la distimia con un 22% y la ansiedad generalizada con un 10%¹⁰⁷.

¹⁰⁵ ISSSTE, “La psicocirugía, exitosa alternativa en el ISSSTE para tratar a pacientes con esquizofrenia y depresión”. México, D.F., 2003, http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2003/agosto/b234_2003.html

¹⁰⁶ ISSSTE, “Adultos mayores y mujeres es el sector de la población más susceptible de padecer depresión”. México, D.F., 2006, http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2006/octubre/b284_2006.html

¹⁰⁷ ISSSTE, “El 25% de los mexicanos entre jóvenes y adultos, víctimas del estrés”. México, D. F., 2005, http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2005/agosto/b214_2005.html.

La OMS señala en el 2008, que se deben tomar medidas fuertes para la atención de problemas mentales, ya que aproximadamente el 75% de las personas que presentan algún tipo de enfermedad mental no son atendidas, en el mismo escrito señala que hay ocho condiciones prioritarias por atender con respecto al sector de salud mental y son: depresión, esquizofrenia, prevención del suicidio, demencia, trastornos por el uso de alcohol, trastornos consecuencia del uso de sustancias ilícitas, trastornos mentales de los niños y adolescentes y a una condición que no es realmente mental, que es la epilepsia¹⁰⁸.

Las estadísticas antes mencionadas nos dan un panorama general de las condiciones de vida y enfermedad que vive la sociedad mexicana de igual manera nos dice cuáles son las medidas tomadas por las instituciones encargadas del área de salud, la forma en que se conceptualiza la depresión varía de acuerdo con la concepción del hombre y realidad específica que se tenga en el discurso¹⁰⁹.

Según la bioenergética la depresión es un fenómeno fruto de un largo proceso durante el cual se ha acumulado una gran cantidad de ira, frustración y deseos insatisfechos que no sólo afectan el nivel emocional, sino también al cuerpo¹¹⁰.

Sobre los síntomas que se presentan en dicho padecimiento la lista es igual que en otras propuestas teóricas Algunos de los síntomas más comunes de la depresión son: cansancio, fatiga, exceso o falta de apetito y sueño, variación en el peso, insensibilidad, apatía, segregación, nulo interés sexual y en casos muy críticos pensamientos y acciones suicidas¹¹¹.

¹⁰⁸ OMS, "Día Mundial de la Salud Mental", 2008, <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=13713&criteria1=OMS>.

¹⁰⁹ Elizabeth G. Aguilar Lara, "Hablemos de lo que se dice acerca de la depresión", en Sergio López Ramoz, Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones III; México, CEAPAC, 2003, pp, 111-134.

¹¹⁰ Alexander Lowen, "El cuerpo y la depresión", Barcelona, Alianza, 1990.

¹¹¹ Pérez, Z, "Depresión: una posibilidad de crecimiento", en Sergio López Ramos. Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones I. Estado de México, CEAPAC, 2002.

Así como se presentan los cambios en su actuar y sentir de la persona deprimida también existen manifestaciones en el cuerpo tales como estreñimiento, taquicardia, dolor de cabeza, en espalda, trastornos en la regla y bajo tono muscular, entre otros¹¹².

Algunos de los elementos que deprimen al depresivo son: la incapacidad de expresar la agresividad, por lo cual, dicha agresividad se regresa hacia al cuerpo y lo hace sufrir.¹¹³

También puede ser una forma de evadir la responsabilidad ya que una persona deprimida inhibe todo tipo de acción permaneciendo en este mundo de una forma tan pasiva que se espíritu y energía pareciera estar más muertos que vivos. Otra de las razones por las cuales las personas se deprimen puede ser la unión de conceptos tales como renuncia, soledad, vejez y muerte¹¹⁴.

Asimismo se deben tomar en cuenta otros elementos que posibilitan la detonación de un estado depresivo, tales como: historia infantil, acontecimientos de la vida, factores biológicos, condiciones sociales y factores sociales¹¹⁵.

La historia infantil llena de maltrato, rechazo, olvido, padres enfermos, ausencia de la madre o de alguien cercano, falta de amor, indiferencia, entre otras, facilita la construcción de individuos que en su vida adulta sean más propensos a la depresión¹¹⁶.

¹¹² Thorwald Dethlefsen y Rüdiger Dahlke, "La enfermedad como camino: Un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades", México, De bolsillo, 2006.

¹¹³ Idem.

¹¹⁴ Idem.

¹¹⁵ María Asunción Lara, ¿Es difícil ser mujer?, Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz-Instituto Latinoamericano de la comunicación educativa, México, Pax, 1997.

¹¹⁶ Idem.

Por otro lado existe situaciones de la vida cotidiana, cambios no esperados e incluso esperados que disparan una depresión, estos acontecimientos pueden ser muy sutiles tales como terminar una carrera, cambiar de trabajo, etc., hasta realmente violentos como la muerte de un ser querido, una separación, entre otros¹¹⁷.

Cambios biológicos son otro elemento en el cual se pone cierta atención para poder detectar el origen de una depresión, en éste caso algunos teóricos afirman que por ser la mujer quien más cambios sufre (menstruación, embarazos, menopausia, etc.) es más propensa a la depresión¹¹⁸.

La depresión femenina se puede explicar desde muchos enfoques pero nunca se debe omitir todos los elementos que constituyen a la mujer, por lo tanto no se debe simplificar el problema al aspecto biológico.

Por otro lado los factores sociales tales como la pobreza, la falta de estudios, en casos extremos, guerras, etcétera, son componentes que también pueden causar una depresión y por ejemplo en el caso de la pobreza o en situaciones de guerra la búsqueda de ayuda se ve limitada dadas las condiciones¹¹⁹.

Es por esto que el trabajo terapéutico tendría que permitirse observar el cuerpo desde una lógica en donde se integrara tanto lo material como lo subjetivo, es decir viéndolo como un todo¹²⁰.

Específicamente sobre la depresión femenina, se puede decir que el género y la construcción del mismo es el elemento que marca la diferencia de cifras, se dice que

¹¹⁷ María Asunción Lara, "¿Es difícil ser mujer?", Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz-Instituto Latinoamericano de la comunicación educativa, México, Pax, 1997.

¹¹⁸ Francisco Sabanés, "La Depresión. México", Diana, 1993.

¹¹⁹ Idem.

¹²⁰ Oliva Sánchez López, "¿Es la depresión un estado constitutivo de la naturaleza femenina?", en Sergio López Ramos, Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones I. Los reyes Iztacala, Estado de México, CEAPAC, 2002.

las condiciones socioculturales de las mujeres son un factor importante en la presencia de la depresión, ya que su deber social, generalmente choca con sus intereses propios¹²¹.

“Una identidad de género supone ciertos valores, juicios y normas adjudicadas a cada sexo”¹²².

La OMS señala que existe una desigualdad de género que repercute en las incidencias de enfermedades mentales, menciona que los índices generales de trastornos psiquiátricos son casi idénticos en hombres y mujeres pero las características de dichos trastornos varían mucho. Así mismo, se menciona que la depresión unipolar, que se cree será la segunda causa de incapacidad para el año 2020, se presenta con mayor frecuencia en mujeres¹²³.

Sobre el género, la OMS señala que influye en la forma en la cual se enfrentan dichos trastornos y que éstas características se definen por la posición que se tiene dentro de la sociedad y los roles que se juegan en dicha interacción. Entre los factores de riesgo relacionados con el género se enlistan los siguientes: violencia de género, carencia socioeconómica, salario bajo y desigualdad en ingresos, condición y rango social bajo, así como la continua responsabilidad del cuidado de otros¹²⁴.

Finalmente, las cifras indican algunas condiciones desventajosas para la mujer, según menciona la OMS, los trastornos depresivos constituyen casi el 41, 9% de incapacidad por trastornos neuropsiquiátricos en mujeres mientras que en los hombres ocupa el 29,3%; los principales problemas de salud mental en la tercera

¹²¹Elizabeth G. Aguilar Lara, “Hablemos de lo que se dice acerca de la depresión”, en Sergio López Ramos, Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones III, Los reyes Iztacala, (Estado de México), CEAPAC, pp. 111-134.

¹²² Idem.

¹²³ OMS. “Género y salud mental de las mujeres”.2009, <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/genderwomen.html>

¹²⁴ Idem.

edad son depresión, síndromes orgánicos cerebrales y la demencia, y se presentan principalmente en mujeres; el 80% de las víctimas de conflictos violentos, guerras y desastres naturales son mujeres también; los casos de violencia a lo largo de la vida contra la mujer oscilan entre un 16% y un 50%; por último se dice que 1 de cada 5 mujeres sufre violaciones o intento de violaciones a lo largo de su vida¹²⁵.

Es importante decir que la condición de mujer entra en conflicto cuando no encuentra una identidad propia y al enfrentarse ante la falta de otro que de cuenta de su feminidad¹²⁶.

Como se puede ver existen una serie de factores que influyen en las altas cifras sobre la depresión y las mujeres que la padecen, lo que sería importante resaltar es que entendiendo al ser humano desde este enfoque, se puede partir del principio de que cada individuo es único con una forma de construcción específica, por lo tanto al hablar de depresión, como de cualquier otro tema se debe comprender al sujeto como individuo, construido dentro de cierto contexto, historia, cultura y todas las implicaciones de dichos elementos deben ser tomadas en cuenta, es decir, se debe tomar todos los dispositivos que le rodean y forman. Al comprender esto se puede visualizar con mayor facilidad que estos elementos están detonando el estado depresivo.

En el siguiente capítulo se abordará el caso clínico, la forma en que fue interpretado, las estrategias de trabajo y los resultados obtenidos, para posteriormente realizar un

¹²⁵ OMS. “Género y salud mental de las mujeres”. 2009, <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/genderwomen.html>

¹²⁶ Elizabeth G. Aguilar Lara, “Hablemos de lo que se dice acerca de la depresión”, en Sergio López Ramos, Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones III, Los reyes Iztacala, (Estado de México), CEAPAC, pp. 111-134.

análisis en donde se resalten los elementos que deben ser retomados y algunos otros que pudieron ofrecer mejores resultados. De igual manera es importante volver a señalar que debido a las condiciones permitidas por la currícula, el trabajo terapéutico que se llevó acabo a nivel de técnicas fue basado en técnicas Gestalt, que eran las que más se aproximaban al trabajo con el cuerpo y la ideación del mismo; sin embargo, la interpretación y el entendimiento del caso se hizo desde un enfoque psicocorporal, se tomó en cuenta la historia de vida, la forma en que la familia influyó en su desarrollo y los elementos culturales que están en juego, así como la importancia del cuerpo tanto para el entendimiento del caso como para el trabajo del mismo.

CAPÍTULO 3

En el presente capítulo se expondrá la metodología empleada para el trabajo del caso clínico atendido en el Centro Universitario de Salud Integral, posteriormente se describirá el caso iniciando con la historia de vida de la paciente y las condiciones actuales de vida, así como el motivo de la consulta, para poder después realizar un análisis del mismo; al final del capítulo se realizará un análisis de resultados con el objetivo de comprender cuáles son las herramientas que nos proporciona en la práctica la terapia corporal.

3.1 Metodología

El trabajo en el caso atendido, empezó con una entrevista inicial que tiene como objetivo, recabar datos demográficos, conocer el motivo de la consulta, la historia del paciente, los padecimientos, formas y estilos de vida.

En dicha entrevista se inició pidiendo datos demográficos como son nombre completo, edad, ocupación, fecha de nacimiento, dirección; en éste caso específico, como se atendió primero a un menor de edad, se solicitó el nombre de los padres, edad, ocupación y escolaridad.

Posteriormente se realizaron preguntas específicas como; ¿cuál es el motivo de consulta?, ¿qué, cómo y dónde desayuna, come y cena?, ¿cuáles son sus actividades diarias?, ¿pasatiempos?, ¿existe algún tipo de enfermedad física crónica degenerativa o recurrente?, ¿consume algún tipo de medicamento?, si es así ¿cuáles?, ¿horas y calidad de sueño?, finalmente se le pidió al paciente que contara su vida. En el caso aquí tratado como se atendió primero al menor se solicitaron todos estos datos a los padres del mismo.

Una vez recabados estos datos y con ayuda de la observación tanto del cuerpo como del discurso de los demandantes del servicio, se realizó un análisis del caso desde

una visión Psicocorporal, en la cual se tomó en cuenta todos los elementos circundantes que se implican en la construcción del cuerpo del sujeto.

Se analizaron las posibilidades reales para el trabajo del caso tomando en cuenta las condiciones normativas, de espacio y tiempo. La metodología que se empleó fue con base en las posibilidades permitidas en la Clínica Universitaria de Salud Integral de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, en la cual se realiza el servicio social proporcionando asistencia psicológica a la comunidad, dado que es parte del plan de estudios. El trabajo realizado en este espacio debe seguir cierta normatividad, la cual, no da entrada a las técnicas empleadas en la terapia Psicocorporal (acupuntura, bioenergética, masoterapia, etc.), por lo que se emplearon las técnicas de terapia Gestalt por ser las más cercanas al trabajo corporal.

La razón por la cual se solicitó el servicio psicológico en la CUSI fue por recomendación de la directora de la escuela a la cual asistía el niño de 3 años (hijo de la paciente con depresión), debido a que según reportes de la misma el niño pega mucho y tenía en general conductas agresivas.

El tratamiento se llevó a cabo a lo largo de 6 meses aproximadamente, con consultas de una hora, una vez por semana.

El tratamiento se dividió en dos partes la primera parte se trabajó con los padres en relación con la conducta del niño, se introdujeron planes semanales con actividades específicas para que el niño generara estrategias para transmitir y manejar sus emociones, se trabajó con ejercicios para poner límites al niño y para generar una mejor relación con la madre del mismo.

En esta primera parte las sesiones se llevaban a cabo de la siguiente manera: se iniciaba la sesión preguntando a los padres cómo se había comportado el niño la semana anterior a la cita, después se le pedía al niño que realizara algún tipo de actividad didáctica (pintar, jugar, ejercicios físicos, etc.), se observaba como

reaccionaba ante las reglas, la interacción con su madre y los límites, y se guiaba a la madre y al padre en la forma de hablarle, también se le daban diferentes propuestas de cómo podía sin castigo, ni violencia hacer que el niño obedeciera de forma no agresiva.

Se observó que el caso con el niño avanzaba con buen paso, pero hubo un momento en el cual ya no se estaba generando ningún cambio, así que se citó a los padres para hablar de otros elementos que no se habían abordado hasta el momento: cómo eran su relación marital y su condición de vida personal. Como resultado de dicha sesión se llegó a un acuerdo para trabajar de forma personal y como pareja con los padres. La que mantuvo dicho acuerdo fue Norma (la madre), mientras que el padre, a partir de dicho convenio empezó a faltar más de lo que ya lo hacía a las sesiones.

Desde este momento, las sesiones se daban de la siguiente manera, la primera parte se enfocaba en sondear el estado en el cual se encontraba la paciente y cómo se fue sintiendo a lo largo de la semana, posteriormente se introducía alguna técnica dependiendo de lo que la paciente reporta, finalmente se le preguntaba a la paciente como se sentía en ese momento y en determinados segmentos, dependiendo de su discurso se le lanzaban algunas preguntas que tenían como fin la reflexión, al final, se le asignaban algunas tareas para casa y se daba cierre a la sesión.

Después de ahondar más en la historia de vida de Norma y de su estilo de vida actual se realizó un análisis para llevar a cabo un trabajo terapéutico, al igual que en el caso de José (el menor) se emplearon técnicas de la terapia Gestalt. Dichas técnicas fueron elegidas con base a los requerimientos del caso y se seleccionaron las siguientes:

Exigencias y respuestas (perro de arriba y perro de abajo), dicha técnica se seleccionó con el objetivo de que Norma tomara conciencia de cuáles eran las demás a las cuales estaba respondiendo y con base en eso comenzar un trabajo de elección.

Tengo que-elijo que, dicha técnica se utilizó empleando las ideas obtenidas en la técnica anterior, con el objetivo de ejercitar la elección en Norma, esto es, lograr que dijera qué de eso que estaba demandándose era respuesta a un contexto, elegía seguir haciéndolo y que de esto no.

Necesito-Quiero, se empleó para que tomara conciencia de que de eso que hacía realmente lo hacía queriendo y también para resignificar estas labores, dándole de esta manera el poder de decisión y deseo.

Se empleó también las técnicas que ayudan a dejar partir el pasado, con el objetivo de trabajar el abandono físico del padre y simbólico de la madre. Buscando con todo esto restablecer las Gestalts rotas y poder después desecharlas y continuar formando nuevas Gestalts.

Dichas técnicas se iniciaban con una serie de respiraciones profundas con el objetivo de que Norma fuera sintiendo y despertando su cuerpo.

El trabajo se llevó a cabo en varias sesiones y se le pidió a Norma realizar tareas en casa tales como expresar sus emociones con su madre con abrazos, palabras, acercamientos leves. Así también se le pidió que escribiera su historia de vida y cartas a su padre.

El espacio asignado para el trabajo terapéutico que se llevó a cabo, variaba dependiendo de la disposición de la CUSI, pero en general eran un espacio pequeño con un escritorio y de dos a tres sillas, con una luz blanca y sin ningún tipo de decorado. La puntualidad y el pago de la sesión eran requisitos indispensables para que se llevara a cabo el trabajo.

Al finalizar se dio un cierre al trabajo terapéutico, pero se invitó a la paciente a seguir con terapia en algún otro espacio para que pudiera dar cierre a los asuntos que tenía pendientes.

A continuación se dará una reseña de la historia de vida de la paciente, en dicho escrito se expondrá los elementos que fueron tomados en cuenta para el análisis del caso y la selección de técnicas ocupadas.

Por el cuidado a la confidencialidad en este trabajo se llamara Norma a la paciente, de igual manera se le cambiara el nombre a todos los implicados en el caso como son el esposo, el hijo y las hermanas.

3.2 Caso clínico

Norma llegó al servicio por una solicitud que le hizo la directora de la escuela de su hijo José, debido a la conducta agresiva que presentaba el niño.

José es un niño de 3 años de edad, el cual vive con ambos padres y con su abuela materna, hijo único, está en la pre-primaria. Respecto a la salud de José, Norma comentó que no había tenido enfermedades, su embarazo fue normal, José nació a los nueve meses, fue parto natural, cuando nació sufrió de asfixia y estuvo hospitalizado 8 días. Como consecuencia de este incidente la madre mencionaba que los cuidados que se le tenían eran muchos, sentía que lo sobreprotegían, no le gustaba que el niño estuviera fuera o lejos de ella. Comentó que desde que nació hasta hace poco meses José dormía con ella.

Desayunaba y comía en la escuela y sólo cenaba en la casa cereal y normalmente dormía de 8 a 10 horas. La cena que era la única comida que realizaban juntos no siempre se daba y cuando cenaban todos juntos lo hacían viendo televisión.

De lunes a viernes, desde hace un año, José iba a la escuela de ocho de la mañana a dos de la tarde, regresaba ya comido y martes y jueves asistía a clases de natación. Por las tardes se dedicaba a hacer tarea y a jugar un rato. Cuando llega el padre normalmente cenan juntos, y después José y él se dedican a limpiar los lugares de sus mascotas o a darles de comer y juegan a las luchas.

Los fines de semana el sábado: la mamá iba a jugar voleibol y el papá los alcanzaba para después ir al parque o con los animales. Los domingos iban a visitar a la abuela paterna o materna.

Norma mencionaba que antes de que comenzara a pegar le daban muchos dulces a José pero que desde que empezó a pegar ya no se los daban, sólo como premio por hacer su tarea o portarse bien.

La mayor parte del tiempo lo pasaba con la madre ya que el padre trabajaba todo el día, a la mamá no le hace caso, se enoja y le pega, era hasta que el papá llegaba cuando Norma le decía todo lo que había hecho durante el día y Gustavo el padre lo reprendía (con gritos, golpes, con castigos).

El papá era el que se encargaba de regañar a José y de castigarlo, primero con golpes y luego con castigos. Según mencionaba la mamá a pesar de que todo el día esta con ella, José seguía más al papá, en cuanto llega Gustavo a ella la ignoraba (le dice compañero a su papá).

Al notar un estancamiento en el trabajo con José, se comenzó un trabajo con asuntos no trabajados con los padres, en especial con Norma.

Norma, es una mujer de entre veinte y treinta años, que presenta síntomas que muestra la presencia de un estado de depresión desde hace algunos años.

Ella nació dentro de una familia ya fragmentada, su madre fue abandonada por el padre de Norma durante el embarazo. Dicha separación era intermitente, dicha condición en la relación permitió a Norma convivir los fines de semana durante algunos años con su padre.

Fue como a los diez años según relata Norma, cuando su padre desapareció permanentemente dicho evento sigue causando en ella, según reporta, muchas preguntas pero sobre todo, mucho dolor. Norma posteriormente reportó que su padre actualmente vive con su otra familia a la cual ella conoce bien pero con la que no lleva una buena relación, ya que no puede superar el hecho de que su padre sea tan diferente con sus otras hijas.

El abandono de su padre lo recuerda sin poder contener el llanto, ella comentó que hasta ese momento, en ocasiones, cuando se encontraba sola lloraba cuando se acordaba de su padre, a quien actualmente ve muy esporádicamente y con el que lleva una relación cordial pero bastante fría desde su percepción.

Sara la madre de Norma pasaba la mayor parte del tiempo trabajando para mantener a sus tres hijas, por lo cual casi no convivía con ellas y era la hermana mayor de Norma, Jimena, quien se hacía cargo de sus hermanas.

Norma recuerda que ella disfrutaba ir a las maquinitas, hecho que a su madre le molestaba demasiado y en varias ocasiones causó conflictos entre ellas. Y también comenta que el contacto con su madre era casi nulo, describe a ésta como poco afectiva y también afirma que ella poco a poco se fue haciendo igual.

Sobre la relación actual que Norma tiene con su madre, comentó que vivían en la casa de la madre, ella, su esposo y su hijo. El trato con su madre era poco afectivo, señaló que su madre era una persona muy trabajadora y que había estado muy ausente cuando ellas eran pequeñas debido a que tenía que cubrir las necesidades básicas de sus hijas, también la describió como fría.

Confiesa que le cuesta mucho trabajo darle abrazos, debido a que no es algo a lo que esté acostumbrada. Es importante señalar que su madre sufre actualmente de cáncer en los huesos, enfermedad que no ha marcado diferencias en la forma de llevar la vida (la mamá). La relación con sus dos hermanas es distante al igual que con su madre, platica más con la menor ya que comparte el espacio de trabajo.

Al ingresar a la secundaria, conoció a Gustavo, su primer y único amor, con quien después formaría su actual familia. Norma señala que su noviazgo con Gustavo era bueno, que él era sumamente detallista, también señala que siempre fue muy celoso y que tuvieron muchos problemas con la madre de él por que no la aceptaba como novia de su hijo, y que incluso durante un tiempo, cuando él se fue a otro país a trabajar casi inmediatamente al salir de la secundaria, su actual suegra le habló para afirmar que Gustavo la engañaba.

Tal situación afirma Norma, la tiene un poco resentida con su suegra y sobre el supuesto engaño aun tiene sus dudas; sin embargo, al regresar Gustavo y de hacer un intento para aclarar la situación siguieron con su relación la cual culminó en matrimonio.

Al llegar a terapia su relación marital era bastante distante, señaló que no disfrutaba de su sexualidad ni del contacto físico con su esposo que le gustaría realmente poder estar con él, pero que no entiende por que no puede hacerlo, también afirma que nunca había tenido un orgasmo y que desconoce totalmente que es eso.

Se podía decir que vivían ambos inconformes, Gustavo desea realizar actividades que Norma se niega a hacer, ya que a ella no le gusta salir, no le gusta cocinar, no le gusta pasar tiempo con la familia de su esposo y tampoco le gusta salir solo con su esposo. Gustavo busca cariños de Norma pero no los obtenía dado que ella decía que no le gustaba ser cariñosa, por su lado Norma también le reclama a su esposo la falta de detalles que antes de que naciera su hijo si tenía.

Un evento que fue mencionado más de dos ocasiones por Norma fue que su esposo y ella se distanciaron mucho a partir del nacimiento de su hijo y que ella se sintió un poco desplazada por el niño, que su esposo dejó al niño en la habitación con Norma y él se pasó al cuarto del niño, durante casi tres años.

Norma estudió hasta la secundaria, al terminar su etapa en este nivel, comenzó a trabajar con su madre, en un puesto de comida que tenía afuera de una universidad. Sobre su formación académica, comentó que sólo terminó la secundaria ya que así lo decidió ella, decisión de la cual ahora se arrepentía ya que consideraba que si hubiera seguido estudiando ya tendría un ingreso mejor al que tenía en el momento de la terapia y afirmaba que le gustaría seguir estudiando, pero hasta el momento en el cual se lleva a cabo la terapia no había hecho nada al respecto.

Al llegar a terapia Norma era una mujer casada y con un hijo de tres años a quien no podía controlar. Su cuerpo reflejaba rigidez, en sus articulaciones y en sus expresiones faciales.

Como madre, Norma al llegar a terapia se sentía incapaz y criticada, creía que no podía hacer bien su labor y se desesperaba demasiado rápido con su hijo. La interacción con su hijo a pesar de ser ella quien pasaba más tiempo con él, era nula, de sobre protección en cuanto a cuidados físicos, pero no de interacción lúdica.

En general su vida social era inexistente, las pocas amigas que tenía eran personas más grandes que ella y nunca salía a realizar alguna actividad ajena a su familia, solo realiza una actividad física una vez por semana y ese era el único espacio en donde convivía con otras personas.

Cuando se abordó su arreglo personal y el sentir con su cuerpo, comentó que no le agrada verse en el espejo ya que sólo podía enfocar su atención en sus defectos físicos y eso le causa muchos conflictos y malestar. Sobre la forma de arreglarse se

puede decir que es bastante sencilla, no se maquilla, siempre trae el pelo recogido, no usa ropa entallada o femenina, siempre anda en pants con tenis y sudadera.

Al hablar de sus malestares físicos comentó que sufría de dolores en las rodillas, confesó que requería de una operación pero que no se la había hecho por temor a la misma, su respiración es poco profunda esto se notaba al hablar con ella ya que casi no se percibía su respiración, sufría de alteraciones en su ciclo menstrual, afirmaba que es irregular y que ha estado en tratamiento con hormonas, sin dicho tratamiento presentaba amenorrea. Visualmente el cuerpo de Norma se veía descuidado, tenía un sobre peso moderado pero visible y sus movimientos eran torpes y cortos.

Sobre la alimentación Norma comentaba que no le gustaba cocinar, que todos los días iba a una cocina económica en donde comía junto con su hijo y los fines de semana también salía a comer, sobre el desayuno y la cena decía que sólo comía yogurt , leche, pan, cereales, quesadillas o cosas por el estilo, fáciles de preparar. Algo importante que comentaba Norma es, que no solía comer mucho ni en el desayuno, ni por la noche y durante la tarde no ingería tampoco alimentos.

Su situación económica no era muy buena, tanto Norma como su esposo eran empleados, ella trabajaba en un puesto de comida junto con su madre y Gustavo trabajaba en una empresa repartiendo dulces, Norma pasaba más tiempo en casa que Gustavo quien sólo llegaba por las noches.

En general la vida de Norma estaba llena de demandas e inconformidades tanto de ella como de la gente que la rodea, esto acompañado de una falta excesiva de expresiones de amor por parte de las personas importantes en su vida, colocaron a Norma en un lugar vulnerable frente a los cambios emocionales que pudieran surgir en ella.

3.3 Interpretación del caso

Como se ha leído hasta aquí la vida de Norma posee una serie de características que podría fácilmente detonar una depresión, algunos de estos elementos son: su historia infantil, en la cual hubo abandono por parte del padre y una madre periférica, no tuvo gran contacto afectivo (besos, abrazos, palabras de aliento), aquí por lo tanto ya partimos con una construcción llena de indiferencia y abandono que pueden ser razón suficiente para que aparezca una depresión.

La forma en la cual se dio su estructura familiar de forma intermitente, fragmentada y llena de abandonos puede generar conflictos por si misma.

La estructura familiar considerada como ideal es aquella que se rige por el principio de complementariedad de roles, donde el varón es autoritario y tiene como responsabilidad proveer mientras que la mujer tiene o adquiere las funciones de reproducción y trabajo doméstico. En dicha estructura la relación conyugal tiene gran atención y el matrimonio se visualiza no como diana de las estructuras sociales y políticas, el cual ampara dicha relación por otros intereses. Es decir el matrimonio se convierte en algo privado, íntimo, menos subordinado a la voluntad política y más dependiente a la voluntad personal¹²⁷.

Si bien la estructura actual de las familias a cambiado, hace 20 años (contexto en el cual creció la paciente) este ideal de familia estaba más arraigado, es decir, los otros decían como debía ser la familia y si se rompía con este esquema externo entonces la idea que se generaba era la de “algo anda mal”, esto sumado a la ausencia de la madre hacia que el conflicto y la complicación en la interacción social y el contacto afectivo se incrementa.

¹²⁷ Ana Belén Jiménez Godoy, “Modelos y realidades de la familia actual”, Madrid, Fundamentos (colección ciencias), 2005.

Por otro lado el abandono por si mismo es principal causa de depresión en la vida adulta, si bien es difícil lidiar con una vida sin un padre, es aún más difícil entender, y todo esto partiendo del ideal de familia, las causas del abandono. Las respuestas normales a esta falta sería que algo en ella esta mal por eso su padre se ha ido, esto genera entonces una autoestima baja, la cual esta fuertemente vinculada con la imagen materna.

Después vemos que en su vida existen diferentes eventos tales como el matrimonio, el embarazo, el cambio de trato de parte de su marido, así como la vinculación con otras mujeres y su doble responsabilidad (trabajo y casa).

En estos eventos se puede ver dos factores más, el primero son los cambios que se puede pasar a lo largo de la vida los cuales representa para todas las personas nuevas responsabilidades y posibles fracasos, el segundo cambios hormonales a partir del nacimiento de su hijo.

Si bien es fácil observar la devoción que existe de parte de Norma hacia su hijo, también es comprensible que ella reviviera el sentimiento de abandono que estuvo presente toda su infancia, cuando su esposo decidió mudarse al cuarto del bebé, dicho conflicto de amar a su hijo pero a la vez verlo como la fuente o la causa del alejamiento con su esposo, puede generar incluso sentimientos de culpa y por lo tanto crean en ella una fuerte depresión.

Como ya se señaló anteriormente la depresión no sólo se puede observar en la forma en que las personas se comportan, sino que existen manifestaciones en el cuerpo evidentes, en Norma son estos dolores de rodillas, su alteraciones en el ciclo menstrual (que también pueden ser entendidos como cierto conflicto con su femineidad¹²⁸), su aumento de peso sin razón aparente, su exceso de sueño y su falta de interés sexual.

¹²⁸ Thorwald Dethlefsen y Rüdiger Dahlke, "La enfermedad como camino: Un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades", México, Debolsillo, 2006.

Otro dato que es importante mencionar es que; a lo largo de su vida sólo han existido dos figuras masculinas, su padre y su esposo, lo cual nos puede hablar de una posible transferencia en la búsqueda de ese amor y aceptación que no fue recibido en su etapa infantil por parte del padre ni de la madre.

Por otro lado aquí se observa una falta de recursos que pueden facilitar la recuperación de Norma, por un lado la ausencia de contacto con otras personas u otras mujeres la colocan en una situación poco favorable ya que no existen espacios destinados sólo para ella en donde puede expresar de alguna forma lo que siente y piensa o compartir su experiencia de ser madre y todo lo que ello conlleva.

En el caso de Norma, a todo lo antes expuesto se agrega el hecho de ser mujer en un contexto conservador, con un esposo celoso y posesivo, poco cariñoso y que justifica el engaño por la falta de cariño de parte de su mujer. Una mujer que está dividida por dos discursos: el de la mujer independiente que trabaja y aporta para su casa, que no cocina y que decide decirle no a su esposo y por el otro lado la mujer que aprendió de su madre a ser sumisa, a aceptar condiciones en las relaciones amorosas en las cuales el respeto personal no existen, al abandono físico como respuesta a este deber ser para el otro, una madre que no es buena madre es mal vista y eso también carga una serie de cosas a la vida de las personas.

Pero lo importante aquí es señalar y subrayar las situaciones a las cuales, aún en la actualidad, deben enfrentarse las mujeres y cuando se dice deben no es al azar, es un deber ser, tan entrañado como cualquier otro órgano. Todos están dentro de un sistema, dicho sistema se sigue moviendo gracias a que cada uno pone de los elementos dentro de él, realiza la tarea esperada cuando se nos dice qué nos corresponde hacer.

Se puede ver que en la vida de una persona muchos elementos se mueven al mismo tiempo y nunca nos separamos de lo que fuimos por que algo de ése niño, de ése adolescente y de ése adulto nos acompaña hasta nuestros últimos días.

3.4 Resultados

Los resultados obtenidos fueron una mejoría notable en la forma en que Norma y su hijo se relacionaban, para ella fue un gran logro entablar una relación de respeto con su hijo, dicha relación fomentó en Norma una seguridad que antes no poseía.

Sobre su relación marital el avance se dio hacia otro lugar, Norma empezó a reconocer sus necesidades y a buscar satisfacerlas, comenzó a ser más clara con su esposo y a dejar de sentirse mal por lo que según él no le cumplía como esposa. La culpa fue abandonando el cuerpo de Norma.

Sobre su padre Norma dio grandes pasos, el primero reconocer este enojo, rencor y la necesidad de la figura paterna, posteriormente comenzó a trabajar con éste sentimiento, primero sintiéndolo y luego elaborando cartas de todo tipo hacia su padre de tal forma que podía empezar a soltar dicha emoción.

Su cuerpo empezó a moverse más y su ritmo de vida cambió, antes pasaba mucho tiempo frente al televisor, conforme fue integrándose en la dinámica con su hijo realizó más actividades por y con él.

La relación con su madre no cambió mucho, tuvo la voluntad de acercarse y decirle que la quería una o dos veces, pero el cambio aquí se dio más a nivel de conciencia ya que ella reconoció la falta de muestras de cariño por parte de su madre y eso la llevó a varias reflexiones importantes para el cambio con su hijo y su esposo.

Sobre su alimentación no se realizó ningún cambio ya que ella estaba realmente en contra de cocinar o de cambiar su dieta y su rutina de ejercicio; sin embargo, al niño

si le cambió algunos elementos de su dieta. Su respiración si cambió se volvió más notoria y suelta.

Un cambio importante fue que la paciente reportó ciertos pensamientos sobre la búsqueda de alguna escuela para poder seguir con su preparación intelectual y entonces poder tener otro tipo de trabajo.

El tiempo real que se trabajó con Norma fue breve, dado que junto con el trabajo individual se llevó acabo el trabajo con el niño y el trabajo de pareja, lo cual daba como resultado que sólo se pudiera trabajar con Norma de manera individual de una a dos veces por mes; sin embargo, los avances que reportó fueron importantes. Sobre la permanencia de dichos cambios, la hipótesis es que se mantuvieron debido a que se trabajó por generar conciencia y no se proporcionaron recetas que ella debía seguir, los cambios fueron producidos y sugeridos por ella.

3.5 Análisis de Resultados

Si bien los resultados obtenidos arrojan una mejoría cualitativa, la modificaciones que se lograron quedan cortas en el plan a largo plazo, ya que en el cuerpo siguen encapsuladas dichas emociones, se logró una ampliación de la conciencia, un darse cuenta de las realidades que se estaban viviendo y eso por sí mismo proporciona al paciente una nueva herramienta para la vida; sin embargo, el seguir con estos cambios en su vida ya pensados es aún más complicado.

Los resultados muestran una mejoría en cuanto a la relación con su hijo, dicha mejoría también modificó fuertemente la conducta del niño, lo que nos lleva a pensar que se empezó a romper una cadena de abandono y falta de expresividad de emociones. Ya que partimos de la hipótesis de que el comportamiento del niño era una respuesta a la falta de atención por parte de la madre y la impotencia presente ante ciertas emociones.

Con respecto a la búsqueda de crecimiento profesional por parte de Norma, se puede afirmar que la baja autoestima y el estado depresivo comenzaron a moverse y permitieron emerger a ciertos elementos que le proporcionaron la seguridad necesaria a la paciente para buscar una superación personal.

Las modificaciones que realizó en su rutina diaria como fue moverse más, salir con personas y no pasar tanto tiempo frente al televisor, muestra que al tomar conciencia de un estado depresivo y comenzar a indagar el origen del mismo para trabajarlo, el cuerpo de forma automática también cambia su ritmo, metabolismos y funcionamiento en general, de tal manera que la energía que no se tenía antes comienza a manifestarse.

El acercamiento ligero pero real de parte de Norma hacia su mamá habla de ésta madurez que se genera con ejercitar la conciencia, con respecto a la acción, una persona deprimida no se siente capaz de tomar lo que desea y una persona que comienza a reconocer y mover éste estado es capaz de tomar de la vida lo que requiere.

La respiración de Norma reflejaba al igual que su falta de acción, esta incapacidad por tomar lo que requería y soltar lo que ya no necesitaba, el cambio aunque ligero en dicha acción da pie a pensar que su cuerpo comenzó a tomar más y soltar más.

Por último, si es importante mencionar que mucho de los resultados obtenidos fueron en acción, pero algunos otros se quedaron en el discurso, esto quizás se debió a la forma en que se trabajó y que si se requiere tocar más el cuerpo mismo.

Con todo lo anterior es importante mencionar que no sólo la terapia Gestalt presenta dificultades en el trabajo práctico, existen limitantes propias de cada enfoque que se encuentre con un cuerpo fragmentado.

La falta de permanencia de los cambios se presenta de manera más común en otros enfoques que son aquellos que buscan atacar y eliminar el síntoma, más no el origen del mismo, como es el enfoque cognitivo-conductual y la parte médica, no demeritando este trabajo se considera que se requiere hoy en día ir más allá.

Un enfoque que si toma en cuenta la historia y la cultura para entender al sujeto es el histórico-cultural pero el problema de dicho enfoque es lo limitado que se ve en el campo de la acción, entender los procesos es una parte del trabajo pero completar ese trabajo requiere buscar en cambio en dicho proceso para poder así ofrecer un algo mejor de lo ya existente.

Con respecto al enfoque Gestalt que fue el que se empleó para el trabajo del caso antes expuesto, se puede decir que propone cosas interesantes, entre ellas su aproximación con el cuerpo en lo que respecta a sensaciones y emociones, así como sus formas para ampliar la conciencia y permitirle al paciente darse cuenta, más la forma de explicar dichos procesos es muy limitada y se enfoca sólo en la persona y no en todo eso que lleva a esa persona ser lo que es.

Podría decirse que el trabajo realizado en la CUSI, fue de gran ayuda para la paciente, más es importante resaltar aquellas cosas en las que se quedó corto el trabajo, entre ellas esta la permanencia de los cambios y la forma en la que se pudo trabajar con el cuerpo, ya que fue casi nulo el trabajo que se realizó con respecto a éste. Es en este momento en donde incluir el discurso de la terapia corporal nos ayuda a ir más allá, a entender no sólo eso que vemos sino por que vemos eso, una vez entendiendo por que la gente se mueve, habla y dice lo que dice podemos empezar un trabajo integral, no sólo es entender, es hacer un cambio el cual está a cargo del paciente.

Los resultados que se lograron en el caso trabajado son consecuencia de un trabajo con el paciente con cuerpo, más las limitantes impuestas por el curriculum impidieron que se llevara acabo un trabajo mucho más integral donde no sólo se toque el

cuerpo con el discurso sino con la acción concreta, la cual ayuda al cuerpo a liberar esa energía retenida en algún punto para poder trabajarla y regresarla al flujo natural.

No sólo se trata del conocimiento de uno mismo, se trata de romper cadenas, liberar al cuerpo y mejorar la calidad de vida, se busca algo más que sobrevivir a la selva de asfalto en la que coexistimos.

Esto que ante otros discursos es innecesario o inexistente dentro de la terapia corporal es parte del trabajo como terapeuta y como paciente y la permanencia de los cambios se da más fácilmente, por que no sólo se queda en el imaginario, o en el discurso verbal, se interna en el cuerpo y se distribuye por todo el interior.

En definitiva, el trabajo psicocorporal nos permite meter muchos más elementos en juego, permitiendo entrar a la vida del paciente de otra forma, que vaya más allá de recetas mágicas, o narraciones infinitas, permite al paciente sentir y vivir en su cuerpo, dejar de ser una mente dentro de un lugar X y comenzar a ser un cuerpo que se mueve de cierta forma en un contexto determinado y que encarna cierta historia, la cual trasciende al cuerpo mismo.

CONCLUSIONES

En este último apartado se exponen las conclusiones a las que se llegó, las cuales son de alguna manera una integración de todo el trabajo realizado tanto de investigación como de análisis realizado a lo largo de este tiempo y que tuvo como resultado el presente trabajo. La integración que se hace es a partir del análisis de la información recabada en el presente escrito.

Podemos empezar diciendo que todas las aportaciones teóricas y/o prácticas expuestas aquí tienen un valor, que se debe mirar desde la teoría misma de la cual se esté hablando ya que dichos discursos responden a un objetivo específico. En función de esto, el resultado es diferente por que lo que se busca es diferente. Dicho conocimiento debe ser del saber de todo terapeuta ya que es parte de lo que se ha hecho para entender al ser humano y si estamos inmersos en este campo es requisito saber que ya se hizo y que se obtuvo de eso, el conocimiento rompe cadenas y permite el crecimiento no sólo intelectual sino personal.

Una vez dándole el espacio a dichos discursos es importante examinarlo y conocerlos a fondo y reconocer las herramientas que éstos pueden proporcionar; pero para realizar un buen análisis es indispensable reconocer aquellos aspectos que limitan la teoría para entonces dar pie a un crecimiento, no sólo es saber, es entender de lo que se habla.

Siendo coherentes con lo expuesto en el párrafo anterior se puede decir que el enfoque cognitivo-conductual posee la ventaja del tiempo, ataca el síntoma, busca eliminar las conductas y pensamientos que se presentan y caracterizan un síndrome depresivo; sin embargo, no busca en la historia del paciente, no implica a la cultura más que como medio de estímulos, no hace distinción en tratamiento entre paciente y paciente, se busca la normalización y el individuo se pierde en ese preciso momento, el mantenimiento de las conductas es relativo, ya que el síntoma se mueve pero el problema se mantiene, esto lo demuestran las cifras que van en

aumento. Si éste enfoque fuera efectivo, la gente que padece depresión no volvería a recaer en este estado, más son éstas personas las más propensas a presentar la depresión. Fragmenta al paciente ya que éste solo existe como conducta o pensamiento pero no como cuerpo.

Por su parte el aporte teórico que nos proporciona el enfoque histórico-cultural, es enriquecedor en el entendimiento de la persona como un ser social y que está atravesado por la cultura, lo cual, nos permite explicar y entender de otra forma los procesos que se presentan en él. Pero ésta explicación teórica encuentra su limitante, ya que su forma de intervenir esta meramente encaminada a trabajos de investigación. Lo que se busca es saber desde un campo aplicado, emplea procedimientos que se aplican en la investigación antropológica y aunque sus aportaciones son valiosas para el entendimiento del hombre, lo fragmenta y lo deja en el discurso omitiendo así toda acción o cambio que se puede generar en el proceso terapéutico.

La Gestalt por su parte genera un cambio de visión del ser humano, incluye al cuerpo como receptor de sensaciones y percepciones y permite que el paciente entre en contacto con él, sus técnicas son creadas en esta logia y busca la integración de otras teorías y técnicas para la aplicación en el campo práctico, lo cual nos habla de la integración de otros saberes, de valorizar este saber conocerlo e incluirlo en su labor terapéutica. No fragmenta al paciente ya que lo contempla como un cuerpo en el cual también es necesario trabajar, más la limitante de esta teoría se encuentra en que el trabajo con el cuerpo se queda en el discurso y en las sensaciones y percepciones, se busca la conciencia de una forma intelectual.

Un elemento valioso en el trabajo que se realizó fue la integración de este ultimo enfoque con la visión del enfoque psicocorporal, y si bien la práctica es importante ésta para ser llevada acabo de la mejor manera, debe partir de una base sólida en donde se entienda con lo que se va a trabajar no sólo para seguir recetas sino para saber que se requiere hacer en este trabajo.

Es de vital importancia resaltar los porcentajes tan altos de depresión en nuestro país, conociendo las demandas se pueden encontrar caminos para el trabajo práctico, dicho trastorno puede ser visto desde distintos enfoques pero todos deben ser integrativos, ya que la manera de explicarlo debe ser como un todo, si se continúa con la fragmentación las cifras irán en aumento ya que un cuerpo cortado siempre será un cuerpo deprimido, el cual tarde o temprano comenzara a hablar comenzando con susurros y terminando con gritos estrepitosos.

Sobre la depresión femenina se puede concluir que más allá de los elementos biológicos que son importantes en la constitución del sujeto, los elementos sociales e históricos, forman parte importante de la construcción del problema ya que no son por sí mismos los elementos biológicos los que deprimen sino la traducción simbólica que se hace de ellos, así como de las ideas que se internan en el cuerpo femenino.

La feminidad ha sido vista como algo que limita, algo que debilita al sujeto pero sobre todo las exigencias impuestas al género limitan y posibilitan comportamientos, que tiene que ver también con la aceptación de estados depresivos, una mujer llorando conmueve, mientras que un hombre llorando provoca risa o vergüenza.

La mujer mexicana es descrita y escrita como trabajadora, ama de casas durante gran parte de la historia y actual profesionista, dichas formas de vida han cambiado más sólo en la superficie ya que si bien es cierto la mujer ahora sale a trabajar a la par del hombre, regresa a la casa para realizar sus labores de ama de casa (barrer, planchar, lavar, hacer el cuarto de toda la familia, cocinar, entre otros), dichas exigencias colocan a la mujer en un estrés continuo, en donde las labores no se acaban y en donde un título o un trabajo asalariado no la exime de regresar mil años atrás y seguir en el mismo lugar que antes.

Si a todo este trabajo físico le agregamos el trabajo emocional que implica mediar las relaciones familiares, estar a cargo de todos los miembros de la familia y lidiar con todos los prejuicios y problemas del trabajo tendremos como resultado a una mujer

que no sólo esta estresada y cansada físicamente, sino a una mujer que tarde que temprano se enfrenta con una incapacidad de hacer y de ser la súper mujer.

Después de saber esto parecerían razones suficientes para que la depresión se presente más en mujeres que en hombres, pero esto no es todo lo que implica la condición de mujer, viviendo en una sociedad religiosa, en donde el sacrificio y la culpa son parte fundamental de un buen cristiano, la mujer sacrificada encuentra su recompensa social más fácilmente que la mujer independiente y que se preocupa por si misma. Conforme va pasando el tiempo la mujer adquiere más responsabilidades y con estas requiere de realizar más sacrificios. Una mujer joven no tiene por que sacrificar su sueldo por sus hijos, pero sí tiene que atender al padre o al hermano, o a la madre, por que eso de cuidar va con ser mujer.

Después, una vez dejando la soltería la mujeres deben ver por el bien de una familia los votos matrimoniales la colocan como la cuidadora y la sacrificada, ella debe de ver como pero todos tienen que comer, dormir y vestir bien, al principio se sacrifica por el esposo, desvelándose más para tener las camisas bien planchadas, dejando de hacer sus cosas para atender las necesidades del otro. Posteriormente con la llegada de los hijos el sacrificio se vuelve un acto de amor, comer hasta el final y sólo cuando todos los demás ya estén comidos, tratar de dar gusto a todos, tareas, relaciones sexuales, peleas, educación, amor, etc. Miles son los requerimientos que ésta mujer con la vida ideal tiene que asumir.

En el otro lado se encuentran aquellas mujeres que deciden no estar con una pareja, aquellas que buscan su independencia y quieren demostrar su autosuficiencia en cada acto que realizan, ante los ojos del lector éste tipo de mujer después del discurso escrito en párrafos anteriores tendría todas las de ganar; sin embargo, regreso a la cultura la cual nos proporciona parámetros para mirar y para ser mirados, dentro de esta cultura mexicana en donde en la superficie la mujer ya es por ella y para ella, en el fondo se sigue estigmatizando a este tipo de mujeres que busca generar una independencia, es entonces cuando éstas mujeres deciden la

forma de afrontar dicho señalamiento, para algunas se convierte en una lucha eterna con el mundo para demostrarles su fuerza, negando así algunas de las condiciones propias de la feminidad, mientras otras no buscan dar respuestas en acción pero sostienen fuertes luchas internas que destruyen y construyen formas nuevas de construcción.

Lo difícil de ésta condición de mujer va más allá de los estilos de vida éstos son reflejos de conceptos interiorizados y que trascienden a lo largo de las generaciones, la mujer siempre ha buscado agradar primero como mera mercancía bonita y ahora como sujeto pensante, pero siempre es por otro que ésta mujer se mueve, sea para mantener las expectativas del otro o para demostrar lo errado que estaban y en dicho afán se va perdiendo así misma, de esta forma es como mujeres que tienen cualidades y capacidades por explotar deciden sin saberlo, entregarse al otro en cuerpo y alma y buscar lo que el otro quiere olvidando poco a poco que era eso que ella quería.

Dicha realidad se pudo ver reflejada en el caso que se trabajó, el cual, nos muestra una mujer con una realidad llena de exigencias y desatinos, una mujer que tenía un trabajo y que aún así tenía que hacerse cargo en mayor manera de su hijo y del hogar, ésta mujer desprovista de todo espacio personal, sometida por un marido que le decía lo mal que lo hacía sentir, todo lo que ella no era.

Una mujer que fue abandonada en lugar de ser protegida y que la relación con su madre era pésima, aquí vemos a la madre y nos encontramos con una mujer que teniendo que ocupar dos puestos (padre y madre), cumplió con los dos de manera superficial, por un lado era proveedora pero no promovía la seguridad en sus hijas y por el otro lado como buena madre se quedó aún después del abandono del esposo, se hizo cargo de las hijas, se sacrificó... pero nunca se aproximó a estas hijas de forma cariñosa, comprensiva o en busca de identidad, siempre se mantuvo lejana y fría. Con dicho ejemplo de mujer las hijas sólo tuvieron que observar y aprender que ser mujer es equivalente a sufrir y teniendo un acto como el abandono de parte del

padre, la visión que se genera de la necesidad de tener una pareja se hace más relevante en sus vidas.

Todas estas causas fueron importantes en la construcción de un estado depresivo el cual se reflejó en el cuerpo de la paciente, quien sufría gripas, amenorrea, dolores en rodillas y obesidad. Estos padecimientos no son al azar y están fuertemente relacionados con su idea de feminidad, su estado de tristeza y su fuerte miedo a avanzar. Todos estos elementos pueden ser vistos gracias a la perspectiva corporal, desde éste enfoque la mirada del terapeuta no sólo se concentra en la conducta, o en la historia, sino, integra todo lo que se incrusta en la vida del paciente.

Los cambios en éste caso clínico fueron relevantes, y no fueron consecuencia de la exigencia del terapeuta sino fueron elegidos y construidos por la paciente, fueron cambios que se realizaron al mismo tiempo en diferentes formas en todas las áreas de su vida, lo cual nos habla de la integración y correlación del sujeto.

También es importante reconocer que se quedaron algunos asuntos pendientes por trabajar y que en definitiva la integración de técnicas como la acupuntura, mesoterapia, aromaterapia, bioenergética, entre otras, hubieran permitido en el mismo tiempo generar más cambios ya que se darían dichos cambios como consecuencia del movimiento del cuerpo.

Las posibilidades que nos proporciona el enfoque psicocorporal, nos permiten un trabajo real con el cuerpo, éste enfoque se interna en el cuerpo y comienza a mover todo aquello que fue alojado en él y que lo convirtió en estructuras que sufren y pierden toda conciencia en el proceso de la vida. Es simplemente la posibilidad de ver un todo y entonces poder ofrecer un mejor trabajo terapéutico, que esté personalizado pero que no pierda de vista la importancia del contexto, nos permite tener el todo, ver todo sin sacrificar o desvalorizar ningún elemento constitutivo.

Todo lo anterior resume los aportes que se realizaron tanto a la paciente en su proceso terapéutico como al terapeuta en su formación profesional, más es tiempo de hablar de lo que también se pudo conocer a partir de ésta experiencia clínica, esto es la dificultad de trasladar lo teórico a lo práctico compaginando dos teorías diferentes.

Esto es, en las prácticas preparatorias para el terapeuta, el área de clínica constituye sin lugar a duda, un pieza fundamental, la CUSI es la clínica que fue creada con el objetivo de atender las demandas de la comunidad a precios accesibles y a la par permitirles a los alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, tener un espacio en el cual bajo supervisión de un profesional, llevara a la práctica estos conocimientos que ya había adquirido.

Desconociendo en su totalidad como se dan los procesos de aprendizaje en otras carreras de la Facultad, se puede afirmar con respecto al área de psicología, que el aprendizaje tiene fuertes lagunas a nivel práctico en algunos enfoques, debido a los límites impuestos por la institución.

Dentro de estos límites algunos profesores, la mayoría cognitivo-conductuales, proporcionan a sus alumnos elementos teóricos acompañados de técnicas específicas que permiten al alumno trasladar lo aprendido en el aula a la consulta, ésta congruencia entre lo dicho y lo hecho da un giro total a la formación del alumno; sin embargo, dicho enfoque tiene muchas áreas en las cuales se podrían hacer modificaciones.

Por otro lado, a los alumnos se les proporciona otro tipo de formación, específicamente psicocorporal, la transición entre un aspecto y el otro se ve más obstaculizado, esto a consecuencia de los formatos establecidos y las técnicas permitidas en la práctica clínica. Esta incongruencia se genera desde la permisividad que se da para la enseñanza de todo tipo de teorías más la restricción de ciertas técnicas.

La confusión generada en el alumno en formación, tiene como resultado una intervención en la cual no se aprende lo necesario, se atiende al paciente y se trabaja a nivel terapéutico sin que esto ayude al alumno a entender como se lleva a la practica la teoría que fue revisada en el aula, dicha confusión también repercute en los avances que se obtiene con el paciente, ya que al introducir una técnica para trabajar un caso específico que fue explicado desde otra corriente el resultado suele ser incompleto tanto para el paciente como para el terapeuta.

Todo lo anterior se puede sustentar en el caso revisado en el presente trabajo, en dicho caso sólo se trabajó al cuerpo desde el discurso, la razón y la imaginación, no permitiendo así una correspondencia teórico-práctica.

A manera de cierre de lo expuesto en los párrafos anteriores se puede decir que si bien es cierto la CUSI es un espacio en donde se permite al alumno explorar en la práctica eso que fue revisado en un salón, las limitantes impuestas por este espacio generan una formación en el enfoque psicocorporal raquítica y falta de toda congruencia, lo cual genera a alumnos formados teóricamente de forma basta pero sin herramientas para realizar un trabajo en el mundo laboral. Ya que aunque sean empleados para dar clases explicando así la teoría que aprendieron, no son capaces de solucionar situaciones prácticas y desde este enfoque, la formación tiene que ser integral, no se puede ser uno sin el otro, se es todo.

Se puede concluir que la explicación que nos ofrece el enfoque psicocorporal con respecto a la construcción del sujeto, posibilita una perspectiva más completa sobre todos los elementos que constituyen e influyen en el sujeto y dicha mirada nos permite atender el problema con mayor trascendencia dado que no sólo se eliminan los síntomas sino se rastrea el origen y se trabaja desde ahí. Más la formación que se requiere para realizar una practica implica una congruencia en el aprendizaje del mismo permitiendo al alumno trasladar lo que se sabe a lo que se hace.

Finalmente cabe señalar que siendo el objetivo de presente trabajo realizar una exposición teórica acerca de la depresión y específicamente sobre la depresión femenina, lo ya escrito y sugerido por las diferentes teorías así como lo sugerido desde una postura que se preocupa y atiende lo corporal y lo psicológico de manera conjunta, la revisión teórica realizada cubre la primera parte del mismo, más la aproximación que se da desde lo psicocorporal se da de manera parcial ya que sólo se expone cómo se construye el estado depresivo más no se menciona desde la practica psicocorporal cómo se trabaja dicho estado y las técnicas que se emplearon en el caso no corresponde del todo a éste enfoque ya que se mantienen en ésta línea de la razón y del discurso.

REFERENCIAS

Aaron Temkin Beck, 1963, en Carmelo Vázquez, “Técnicas cognitivas de intervención clínica”, España, Síntesis, 2003 pp. 9-15, 11-39, 156-157.

Alexander Lowen, “El cuerpo y la depresión”, Barcelona, Alianza, 1990.

Ana Belén Jiménez Godoy, “Modelos y realidades de la familia actual”, Madrid, Fundamentos (colección ciencias), 2005.

Carmelo Vázquez C. & Jesús Sanz, “Trastornos del estado de ánimo”, en Margarita Ortiz-Tallo Alarcón, Trastornos Psicológicos, Granada, Aljibe, 1997.

Carmelo Vázquez, “Técnicas cognitivas de intervención clínica”, España, Síntesis, 2003 pp. 9-15.

Celodonio Castanedo, “Terapia Gestalt; enfoque centrado en el aquí y en el ahora”, Barcelona, Heder, 2002, pp. 43-58.

Elizabeth G. Aguilar Lara, “Hablemos de lo que se dice acerca de la depresión”, en Sergio López Ramos, Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones III; México, CEAPAC, 2003, pp. 111-134.

Enrique García González, “Vigotsky; La construcción historia de la Psique. México”, Trillas, 2000, p. 28.

Francisco Sabanés, “La Depresión. México”, Diana, 1993.

Héctor P. Salama, “Psicoterapia Gestalt; proceso y metodología”, México, Alfaomega, 2002, pp. 87-89 y 95-103.

INEGI, "Intentos de suicidio y suicidio por año según sexo; De 1980 a 2003", Dirección General de Estadística. Dirección de Explotación de Registros Administrativos, 2003.

ISSSTE, "90 millones de personas en el mundo han padecido algún problema mental severo": México, D.F., 2007, http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2007/enero/b004_2007.html

ISSSTE, "Adultos mayores y mujeres es el sector de la población más susceptible de padecer depresión". México, D.F., 2006, http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2006/octubre/b284_2006.html.

ISSSTE, "Afecta la depresión al 40% de las mujeres el 20% de los hombres y 70% de los alcohólicos". México, D.F., 2000, <http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2000/boletin130.html>

ISSSTE, "Con depresión, ocho millones de mexicanos; solo el 30% acude a recibir tratamiento". México, D.F., 2002, http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2002/agosto/b132_2002.html.

ISSSTE, "Crea el ISSSTE la primera clínica de depresión postparto en Latinoamérica", 2006, http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2006/enero/b013_2006.html

ISSSTE, "Depresión, tristeza crónica y ansiedad incrementan su incidencia en el perfil psiquiátrico de los mexicanos". México, D.F.2003,

http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2003/septiembre/b258_2003.html.

ISSSTE, “Desarrollan médicos del ISSSTE una investigación para tratar la depresión”. México, D.F., 2007, en:http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2007/mayo/b114_2007.html.

ISSSTE, “El 25% de los mexicanos entre jóvenes y adultos, víctimas del estrés”. México, D. F., 2005, http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2005/agosto/b214_2005.html.

ISSSTE, “La psicocirugía, exitosa alternativa en el ISSSTE para tratar a pacientes con esquizofrenia y depresión”. México, D.F., 2003, http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2003/agosto/b234_2003.html.

James V. Wertsch, “Vigotsky y la formación social de la mente”. España, Paidós, 1998.

Joana Guarch Doménech y Olga Puig, “Aspectos generales del tratamiento”, Joana Guarch Doménech en Tratando...trastornos distímico y otros trastornos depresivos crónicos. Madrid (España), Pirámides, 2006 pp. 31-52, 53-67.

John O. Stevens, “El darse cuenta, sentir, imaginar, vivenciar”, México, Cuatro Vientos, 2002.

María Asunción Lara, “¿Es difícil ser mujer?”, Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz-Instituto Latinoamericano de la comunicación educativa, México, Pax, 1997.

Marie Petit, "La terapia Gestalt", Barcelona, Cairós, 1987.

Marvin Goldfried, "De la terapia-cognitivo-conductual a la Psicoterapia de integración", España, Ed. Desclée de Brower, 1996, pp. 91-108.

Michael B. First, et al., "DSM-IV-TR manual de diagnóstico diferencial", Traducción: Massana, G., et al. México, Masson, 2002.

Oliva Sánchez López, "¿Es la depresión un estado constitutivo de la naturaleza femenina?", en Sergio López Ramos. Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones I. Los reyes Iztacala, Estado de México, CEAPAC, 2002.

OMS, "Día Mundial de la Salud Mental", 2008, <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=13713&criteria1=OMS>.

OMS. "Género y salud mental de las mujeres". 2009, <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/genderwomen.html>.

OMS. "Género y salud mental de las mujeres".2009, <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/genderwomen.html>.

Patricia Baumgardner, "Terapia Gestalt; teoría y práctica", México, Pax, 2003.

Pérez, Z, "Depresión: una posibilidad de crecimiento", en Sergio López Ramos. Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones I. Estado de México, CEAPAC, 2002.

Sergio López Ramos, “La instalación de una enfermedad en el cuerpo: algunas notas” , en Sergio López Ramos, Lo corporal y lo psicosomático. Aproximaciones y reflexiones IV, México, CEAPAC, 2007, pág. 17-30.

Sergio López Ramos, “Órganos, emociones y vida cotidiana”, México, Los Reyes, 2006, pp. 13-16.

Sergio López Ramos, “Una aproximación a la epistemología de lo psicosomático”, en Sergio López Ramos, Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones III, México, CEAPAC, 2003, pp. 19- 29.

Sergio López Ramos, “Zen y cuerpo humano”, México, CEAPAC, 2000.

Thorwald Dethlefsen y Rüdiger Dahlke, “La enfermedad como camino: Un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades”, México, De bolsillo, 2006.

William C. Sanderson y Lata K. Mc Ginn, Terapias cognitivo-conductuales para la depresión, en Myrna M. Weissman, Tratamientos de la depresión. Una puerta al siglo XXI, Barcelona, (España), Ars Medica, 2002, pp. 235-263.