



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

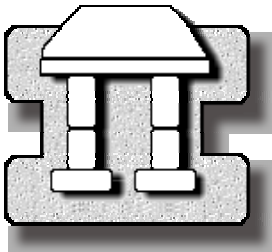
LA DEPRESIÓN COMO UN PROCESO DE CONSTRUCCIÓN
CORPORAL.

TESIS

EMPÍRICA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:
EVELYN GONZÁLEZ GARCILAZO.

DIRECTORA: DRA. OLIVA LÓPEZ SÁNCHEZ
SINODALES: MTRA. MARGARITA RIVERA MENDOZA
LIC. GERARDO ABEL CHAPARRO AGUILERA



MARZO 2005



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por haber sabido ser hasta el momento mis gurús, ustedes son mi base y a quienes dedico principalmente este gran logro que con tanto cariño, esfuerzo y dedicación he conseguido. No tengo palabras para agradecerles el apoyo y aliento que me han brindado en cada etapa de mi vida, la confianza que han tenido en mí y el estar siempre a mi lado.

A mis hermanas que han sido mis compañeras de toda la vida, ustedes son gran parte de mi motivación para crecer cada día como mujer, profesionalista y poder ser un ejemplo digno de seguir. Gracias por confiar en mí y darme su apoyo en momentos tan importantes como este.

A mi novio Daniel por estar junto a mí cada día, compartimos entre muchísimas otras cosas la dicha de ser profesionales de la salud, tu valiosa retroalimentación hacia mi tesis me invitó a la reflexión en incontables ocasiones. Deseo que compartas conmigo no sólo este logro, sino todos que vienen.

A mi Directora de tesis la Doctora Oliva López Sánchez por dedicarme valiosísimas horas de trabajo y haberme guiado en el desarrollo de esta investigación. Me siento orgullosa de haber colaborado en el proyecto “Cuerpo” de la FES Iztacala. Los aprendizajes que me llevo son invaluable.

A mis asesores, la Maestra Margarita Rivera Mendoza y el Lic. Gerardo Abel Chaparro Aguilera, ya que sin sus provechosas aportaciones este trabajo hubiera estado incompleto.

A mis comadres Nancy, Kika y Marey por aprender juntas el verdadero valor de la amistad, el compañerismo y la solidaridad, gracias por su apoyo durante el curso de esta tesis, porque sé que cuento con ustedes siempre.

Gracias a las personas entrevistadas que colaboraron conmigo en el desarrollo de esta tesis, por su infinita confianza y por compartir conmigo episodios tan valiosos de sus grandes vidas. Quiero invitarlas a emprender un trabajo personal, a resignificarse en sus cuerpos y a iniciar el camino hacia la sanación.

No puedo dejar de agradecer a mi jefa Lilian, por alentarme a cerrar este ciclo, por el gran apoyo y confianza que me has brindado. Por motivarme a seguir esforzándome y superándome cada día.

A mi amiga Ross por apoyarme en momentos como este que han sido claves, por permitirme aprender de ti y el apoyo que me brindaste para consolidar este proyecto.

A mi amiga Ale por tu apoyo y estar pendiente de los avances de esta tesis, por tu confianza y por compartir conmigo este logro.

Agradezco también a PROBETEL por haberme otorgado una beca que me representó un gran apoyo económico, mi compromiso con ustedes está consolidado en este trabajo.

Gracias.

Es difícil recibir una formación académica en esta máxima casa de estudios y no desarrollar un sentido de pertenencia, durante mi trayectoria aquí me he encariñado infinitamente con mi Universidad, pues a ella debo mi formación y logros como profesionista. Estoy orgullosa de ser egresada de gran escuela y nunca dejaré de sentirme parte de ella.

ÍNDICE.

Introducción.....	7
--------------------------	----------

Capítulo 1. El abordaje de la depresión desde la medicina académica.

1.1 Definición de depresión.....	14
1.2 Clasificación.	17
1.3 Cuadro clínico (signos y síntomas).....	24
1.4 Criterios de gravedad.	30
1.5 Curso de la depresión.	31
1.6 Facetas de la depresión.....	32
1.7 Diagnóstico diferencial (con qué enfermedades se puede confundir la depresión)	34
1.8 Etiología.....	36
1.9 Epidemiología.....	39
1.9.1 Edad de presentación.....	39
1.9.2 Sexo.....	39
1.9.3 Porcentaje – incidencia	40
1.10 Tratamiento.....	42
1.11 Pronóstico.....	46

Capítulo 2. Aportaciones de la Medicina Psicosomática y la Medicina Tradicional China al trastorno depresivo.

2.1 La Medicina Psicosomática.....	48
2.2 El cuerpo culturalizado.....	53
2.3 Medicina Tradicional China.....	67

Capítulo 3. Análisis de resultados.

3.1 Introducción.....	77
3.2 Método.....	82
3.3 Procedimiento.....	85
3.4 Análisis de casos	87
3.5 Análisis de resultados.....	176
3.6 Conclusión.....	202
Conclusiones finales	206
Referencias.....	212
Anexos.....	216

RESUMEN

La presente investigación aborda el tema de la depresión, iniciando con un panorama general acerca del impacto social que ha tenido este padecimiento, cómo ha sido abordado desde la medicina académica y las limitaciones que ésta ha demostrado en sus intentos por tratarla y disminuir la tasa de incidencia. Parto de esto para hacer una reflexión y emitir una propuesta teórica distinta que permita entender el proceso de construcción psicocorporal de dicha enfermedad en cada persona, tomando como base la teoría de los Cinco Elementos de la Medicina Tradicional China. La cual enuncia la premisa de que los cinco elementos del macrocosmos guardan una estrecha relación con los órganos del cuerpo, en los cuales se depositan las emociones y siguen un proceso dinámico de energía, cualquier alteración en una parte del ciclo afecta la salud y conlleva a la enfermedad. La correspondencia entre elementos, órganos y emociones es la siguiente: Madera – Hígado, vesícula biliar – ira; Fuego - Corazón, intestino delgado – alegría; Tierra – estómago, bazo – ansiedad y obsesión; Metal – Pulmón, intestino grueso – tristeza; Agua – Riñón, vejiga – miedo. Adicional a esta teoría, se ponen de base los roles de género y la influencia de la cultura en la apropiación y fragmentación del propio cuerpo. El objetivo principal fue establecer la ruta de la depresión en cada una de las personas entrevistadas, considerando su particular historia de vida, las experiencias significativas que promovieron emociones negativas en ellas, ubicándolas en su identidad de género dado desde el contexto familiar, social y los órganos afectados en este proceso. Se trabajó con diez personas depresivas, en su mayoría mujeres, de entre quince y sesenta y seis años, y se incluyó también a dos mujeres más por la relación de parentesco entre las primeras. La investigación fue de tipo cualitativo, se utilizó el método Historia de Vida y se practicaron entrevistas semiestructuradas, se procedió a la transcripción de las mismas, a su análisis por categorías y después por caso, estableciéndose el proceso de enfermedad en cada uno. Posteriormente se realizaron comparaciones entre ellas para establecer aspectos de convergencia y divergencia. Los resultados arrojaron que las relaciones perturbadoras con uno o ambos progenitores promovieron en las mujeres depresivas desde la infancia emociones negativas de forma desbordada, como la ira, el miedo, la tristeza y la angustia, de tal suerte que éstas se depositaron en los órganos correspondientes y las llevaron a alterar su ciclo energético hasta devenir en depresión.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo está dedicado a abordar el problema de la depresión, mucho se ha estudiado acerca de este padecimiento, diferentes perspectivas teóricas han hecho innumerables intentos por definirla, categorizarla y más aún, encontrar una “cura” para esta “enfermedad”.

Muchos autores han dirigido sus esfuerzos a investigar qué factores causan la depresión y la mayoría han insistido en dividirlos en factores endógenos y exógenos de forma simplista y fragmentaria; los primeros son concebidos como aquellos que se encuentran dentro del individuo, enfocándose más aspectos fisiológicos, hormonales, o a algún desequilibrio en ciertas sustancias neurotransmisoras que se supone guardan relación con el estado de ánimo. Por otra parte, al hablar de causas exógenas, hacen alusión al entorno social.

En la literatura encontramos la aseveración de que las personas que tienen familiares consanguíneos que padecen depresión tienen mayor probabilidad de sufrirla. Según Colom, (1998) algunas investigaciones han comprobado que una característica que comparten los individuos depresivos es el exceso de relaciones perturbadoras con uno o ambos padres durante la infancia, además de que en esta misma etapa de la vida, se ejerció sobre ellos una gran presión para triunfar, lo cual les impuso una confrontación con sus propias capacidades y pudo haber provocado, entre otras cosas, una baja estima. Además, sostiene que la probabilidad de padecer depresión como resultado de un suceso vital traumático disminuye si se tienen amistades íntimas.

Freden, L.(1982) afirma que la depresión puede dividirse principalmente en dos etapas comprendidas por: un periodo, llamado de incubación y otro cuando el trastorno se profundiza. Antes de la depresión, el individuo puede parecer sano y estable incluso durante muchos años, pero esta estabilidad es sólo aparente, pues el individuo desarrolla sistemas adaptativos y defensivos que funcionan bien mientras no se vea expuesto a pérdidas o amenazas de pérdidas; éstas pérdidas no necesariamente tienen que ser físicas, sino, también pueden ser simbólicas. Ante estas amenazas el individuo se ve sometido a situaciones de estrés que se van acumulando y cuando el estrés interno

excede el límite de tolerancia del sujeto, éste perderá su equilibrio aparente y comenzará a presentar los síntomas de la depresión.

Sin embargo, en el periodo anterior al episodio depresivo, el individuo ya comienza a presentar algunos síntomas, éste se queja de fatiga, dolores de cabeza, tensión en cabeza y cuello, ojos cansados, incapacidad de relajarse y dormir descansadamente, pierde el apetito, se muestra inquieto, irritable e indeciso, pierde interés por conversar, por ir a lugares y hacer cosas, además de que se siente insatisfecho, triste y preocupado. Mientras se encuentra en este periodo, el sujeto hace un gran esfuerzo por sentirse mejor pero no lo logra, se da cuenta de que algo anda mal y muchas veces cae en una preocupación excesiva y morbosa por su salud física y su capacidad personal. A medida que la preocupación aumenta, también aumenta la falta de interés e iniciativa, el individuo se vuelve indiferente, nada fuera de sí mismo le atrae emocionalmente, descubre que le cuesta mucho trabajo concentrarse y recordar o pensar con claridad, incluso puede ser incapaz de comprender lo que está oyendo, además, de vez en cuando tiene la sensación de que las personas son diferentes o lejanas; todos estos extraños sentimientos o sensaciones le resultan atemorizantes, el sujeto teme estar volviéndose loco y se pregunta qué está ocurriendo con él (Davison, 1983).

No obstante, en la revisión teórica sobre este tema no es común hallar fuentes donde se hable de todo lo que rodea a la depresión, no se aborda la construcción de dicho padecimiento en cada individuo, se pierde de vista el sentir particular de cada persona y únicamente se observa un empeño por clasificar, esto puede comprenderse a la luz de que la depresión ha sido abordada principalmente por la comunidad médica, psiquiátrica en su mayoría, lo que le ha dado un matiz organísmico bastante reduccionista.

Las teorías esbozadas hasta el momento para explicar la depresión, no han logrado dar cuenta de manera satisfactoria, cómo se instaura ésta en el individuo. Ciertamente el interés por estudiar dicho trastorno no es nuevo, pero poco se ha hecho por abordarlo desde otro enfoque, en el que no predomine una tesis dualista, positivista y hasta cuantitativa. La mayoría de los enfoques, se ha centrado en contar cuántos signos y síntomas presenta el sujeto para decidir si encuadra en la clasificación de depresión o no. En términos cualitativos, sólo se ha hablado de tipos de personalidad – lo cual se deriva de una clasificación a priori –, las circunstancias que pueden llevar a que una

persona se deprima o de las características que ésta posee o debe poseer para ser un buen candidato a “paciente depresivo”. Pero no se ha logrado vincular a la persona con su medio, mucho menos con su cuerpo y como consecuencia, no se consigue vislumbrar el proceso que lleva a la persona a enfermarse.

Es innegable que cada vez son más las personas que llegan a los servicios de salud demandando atención a un problema de depresión, lugar donde la mayoría de las veces no obtienen resultados completamente satisfactorios, esto se refleja en el aumento de número de personas que padecen esta enfermedad y se hace necesario abordarla desde otra óptica, para poder brindar atención a estos pacientes con mejores resultados.

Un dato que cabe resaltar es el hecho de que las estadísticas demuestran que es mayor el número de mujeres depresivas, en relación con el hombre, en un estudio reciente, se demuestra que de los cinco millones de adultos que existen en México el 5% de la población sufre depresión, de los cuales el 3.3% corresponde al sexo femenino, mientras que el 1.6% restante, lo ocupan los varones. Esto detona una interrogante obligada ¿Porqué las mujeres se deprimen más que los hombres? Y para responderla es imprescindible considerar que la sociedad le impone a los cuerpos, a partir de su anatomía y de su sexo, una identidad de género y con ello una forma de construcción definida, a veces desventajosa.

La forma de explicar esta incidencia y tratar la depresión desde diversos enfoques hasta hoy es muy reduccionista y simplista, pues no consideran la importancia de dilucidar las circunstancias ni el contexto que permean la construcción de la identidad en hombres y mujeres y mucho menos aún, cómo esto va a determinar en gran medida la forma de enfermarse en la edad adulta. La mujer, a lo largo de la historia ha tenido que adaptarse a grandes cambios, adecuarse a las mayores demandas que la sociedad le impone, cumplir con una doble y triple jornada laboral, ajustarse a las expectativas de su grupo familiar, mostrarse competente y a la vez sumisa. Si bien es cierto que se le permite expresar de manera más abierta sus emociones que al hombre, también se le ha enseñado a sacrificar sus propios ideales por servir a los padres, el esposo y posteriormente a los hijos, lo cual va matizando su yo corporal.

Incluir los elementos que intervienen en la construcción de la identidad de género posibilita una comprensión más amplia acerca de la depresión, depresión que se construye en el cuerpo a partir de experiencias significativas, de los estereotipos y roles sociales asignados a los individuos que dan lugar a diversas, complejas y en ocasiones dañinas emociones que van resignificando ese yo vivencial con etiqueta de enfermedad.

Partiendo de esta reflexión, este trabajo está elaborado con una óptica distinta a la visión dualista que explica el complejo fenómeno de la depresión y propongo que ésta sea concebida como una enfermedad psicosomática que cada individuo construye en su cuerpo de manera individual a través de su relación consigo mismo, su mundo social y cultural, más que como el resultado de combinaciones genéticas que predisponen a padecerla.

Partiendo de la idea de que la depresión no obedece únicamente a causas fisiológicas como llamarían los mecanicistas, como tampoco responde exclusivamente a cuestiones externas como sostienen algunas posturas psicológicas, sino que es el resultado de un proceso de construcción tan complejo como lo vive la persona, sólo desenmarañando la red de interrelaciones del individuo con su medio podrá encontrarse la relación que éste ha establecido consigo mismo para derivar en su enfermedad.

Se discute mucho sobre las categorías y su desarrollo con relación a la depresión, pero no se estudia el proceso de construcción en el cuerpo. Mi propuesta es distinta, no partiré de una concepción atomizada del ser humano, ni de clasificaciones derivadas de la medicina positivista, sino de una propuesta epistemológica que se ha venido formando en el Proyecto “Cuerpo” de la FES Iztacala y que consiste en abordar el tema de las enfermedades psicosomáticas desde una visión distinta a la que tradicionalmente conocemos, es decir, la positivista.

El objetivo principal de esta tesis teórico práctica es poner de manifiesto la ruta de la depresión en el cuerpo desde una óptica ontogenética y psicocorporal, partiendo del análisis de casos de personas que actualmente sufren de esta enfermedad. Debido a que la mayor parte de las personas que colaboraron en este estudio son mujeres, en el análisis se incluye una perspectiva de género, para poder entender la construcción del

padecimiento desde la conformación de la propia identidad y se resalta la influencia de la cultura y la familia de origen como núcleo central de la sociedad.

Este trabajo está dividido en tres amplios capítulos, en el primero se expone cómo ha sido abordada la depresión desde el modelo médico, comenzando con una exposición de las diversas formas en que se ha definido este padecimiento, las clasificaciones que se han hecho de él, los signos y síntomas que se presentan, el curso que lleva, la etiología, la cual pone énfasis en los procesos neurofisiológicos y las alteraciones neuroquímicas, así como en la herencia y predisposición genética. También se mencionan datos estadísticos del impacto que ha tenido la depresión a nivel social y con base en ello se hace una reflexión sobre la necesidad de abordarla desde otra óptica y proponer estrategias que coadyuven a la prevención de la misma.

El segundo capítulo inicia brindando un amplio panorama de la medicina psicosomática, que da pie a la resaltar la significación que se le ha dado al cuerpo en la cultura, entendiendo la cultura como el conjunto de normas, valores y reglas que los grupos sociales construyen como sistemas de regulación ética, moral y científica; los cuales son transmitidos y transformados a través de los discursos, experiencias, relaciones y costumbres que se objetivizan en la memoria corporal de los individuos.

Posteriormente planteo y propongo un enfoque teórico distinto al positivista para abordar la depresión, dicho enfoque es el de la Medicina Tradicional China, el cual parte de la idea de que el hombre forma un todo con el mundo, de la inserción de la persona depresiva en un tiempo y espacio particular, bajo el enfoque de los Cinco Elementos. En la Teoría de los Cinco Elementos subyace un entendimiento del proceso salud – enfermedad, en términos de desequilibrios energéticos en un cuerpo concebido como un continuo de forma tal que no se separen cuerpo, emociones y mente, sino se consideran una unidad indisoluble. Ésta postura se sostiene en la analogía del universo con el cuerpo que es conceptualizado como un microcosmos y encuentra una estrecha relación con los cinco elementos: madera, fuego, tierra, metal y agua, con los órganos del cuerpo y las emociones.

Así, a cada elemento le corresponde una emoción y dos órganos, el elemento madera se relaciona con la emoción de ira y los órganos: hígado y vesícula biliar; el fuego se relaciona con la alegría, el corazón y el intestino delgado; la tierra con la ansiedad, la

obsesión, el baso y el estómago; el metal con la tristeza, el pulmón y el intestino grueso y por último, el agua con el miedo, el riñón y la vejiga. Entre los cinco elementos se dan relaciones de Intergeneración, Interdominancia y Contradominancia, considerando a la primera como la más sana y las dos restantes como causantes de enfermedad, pero de ello hablaré con más profundidad a lo largo de esta investigación. Lo importante es dejar claro que el equilibrio entre lo endógeno, que correspondería al cuerpo y los órganos, y lo exógeno, es decir, el macrocosmos, guarda una relación de armonía, de modo que cualquier cambio que suceda externamente tendrá su implicación al interior del cuerpo y se expresará en problemas con la relación de los elementos y los órganos. En lo que toca a la depresión, como se observará, esta guarda relación principalmente con los elementos: madera, agua y metal por su correspondencia con las emociones de ira, miedo y tristeza respectivamente, se analizará cada caso particular para establecer el tipo de relación que impera en cada una de las mujeres entrevistadas.

Por último, el tercer capítulo consiste en la parte metodológica y el análisis cualitativo de los casos, primero de forma individual para mostrar la ruta de la enfermedad, las emociones preponderantes que fueron gestándose en la familia de origen, dando mayor importancia a las relaciones con los progenitores y la conformación de la identidad no al margen del género y en una segunda fase se presenta un análisis por emoción, se resaltan los desequilibrios energéticos en la interacción de los cinco elementos con sus correspondientes emociones y órganos, así como aquellos aspectos en los que convergen y divergen las mujeres entrevistadas.

CAPÍTULO 1

EL ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN DESDE LA MEDICINA ACADÉMICA

Todos alguna vez en la vida hemos oído hablar de la depresión, incluso hemos escuchado a algunas de nuestras amistades o conocidos, decir que se sienten deprimidos por tal o cual circunstancia o acontecimiento sucedido en sus vidas, pero no necesariamente lo que la mayoría de la gente manifiesta como depresión lo es.

Desde hace muchos años, la depresión ha sido tema de estudio, a lo largo del tiempo han aparecido diferentes definiciones de ella suponiéndose y pretendiéndose un avance cuando surge una nueva, pero son muchos los enfoques teóricos, derivados de la psicología y la psiquiatría los que cifran su empeño en este afán y aún más, la depresión ha sido clasificada en varios tipos y subtipos principalmente por la comunidad médica, la cual, ha creado diversos sistemas de clasificación diagnóstica, entre los que destacan el DSM IV y el CIE – 10, siendo estos los más utilizados por su aceptación casi generalizada en las instituciones de salud mental.

Para realizar un diagnóstico de depresión, es necesario por parte del profesional seguir determinados procedimientos, mismos que se ajustan a un sistema de clasificación de enfermedades como los ya mencionados. Al diagnosticar una depresión el profesional deberá indagar en la historia del paciente, sus manifestaciones clínicas, la presencia de síntomas específicos y el tiempo que lleva dicha sintomatología.

Además de la evaluación clínica puede indicar la realización de estudios adicionales que complementen el diagnóstico. Así, una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa, que incluya: Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son, si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio.

El médico también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia, indagar si algún pariente ha tenido depresión y si

fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos. Pues como lo veremos más adelante la medicina tradicional da un valor importante a la carga genética, y asegura que en muchos casos el mismo tratamiento farmacológico es efectivo para todos los miembros depresivos en una misma familia, prediciendo así, la certeza del tratamiento en cada uno de ellos.

La depresión, en todas sus formas tiene una manera característica de presentarse, tiene una forma de hablar, de expresarse y de mostrarse diferente de otros padecimientos. De acuerdo a su enfoque positivista, la medicina tradicional cuenta con una sistematización al momento de evaluar y diagnosticar cualquier enfermedad, sigue un esquema bien definido que incluye: Clasificación; epidemiología (edad de presentación, sexo, porcentaje); patogenia (origen de la enfermedad); cuadro clínico (cómo se manifiesta la depresión: signos y síntomas); Diagnóstico diferencial (con qué enfermedades se puede confundir la depresión); Diagnóstico; Tratamiento: social, psicológico y biomédico; y Pronóstico. Los cuales explicaré en el presente capítulo, comenzando por dar una definición de depresión.

1.1 Definición de depresión.

El término depresión ha sido erróneamente utilizado para referirse a un estado de ánimo cabizbajo, triste, relacionado con algún evento o situación displacentera o traumática específica, sin embargo, la depresión va mucho más allá de esta simple utilización del término de manera común, aunque todavía es frecuente encontrar definiciones vagas, que reducen este padecimiento a unos cuantos síntomas.

Por ejemplo en la Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría (Vidal, 1995), la depresión es definida como tristeza y desgano patológicos por su intensidad y duración. Despliega que este es un término relativamente moderno, nacido con la revolución industrial y alude a la falta de presión en el ser humano por analogía con la máquina de vapor. Hoy muy en boga como manifestación de desánimo, congoja o conflicto. Dentro de los síntomas que enumera para este diagnóstico se encuentran: anhedonia, cansancio, distraibilidad, inapetencia, insomnio, impotencia, irritabilidad, pesimismo y retraimiento. Se presume que contribuyen a la depresión una disposición heredada, una

hipofunción del sistema adrenérgico y un conflicto existencial. Esta exposición, es sumamente simplista y no nos dice nada del padecimiento y mucho menos del individuo.

Etimológicamente, depresión viene del latín *depressio* que significa hundimiento, la persona deprimida se siente metafóricamente hundida, con un peso sobre su existencia que en muchas ocasiones, le impide llevar el curso de su vida de manera “normal”.

La depresión era antiguamente conocida como melancolía y ya desde los griegos era reconocida como un desorden del estado de ánimo, considerada por ellos como un exceso de bilis negra en el cuerpo. La palabra melancolía se deriva del griego *melas* que significa negro y *cole* que significa bilis. Los griegos creían que esta enfermedad, ya fuera física o mental, era originada por la falta de equilibrio en el cuerpo entre lo que ellos conocían como los “cuatro humores o fluidos del cuerpo”: sangre, bilis (amarilla), melancolía (bilis negra) y flema.

A pesar de los años que han transcurrido, el enfoque, en el fondo, sigue siendo el mismo, se sostiene que en el individuo hay un desequilibrio, pero ya no de los fluidos del cuerpo como lo creían los griegos, ahora la atención se ha centrado en los desordenes o desequilibrios neurológicos que ocurren en el Sistema Nervioso Central, se habla de una falla en el funcionamiento de ciertos neurotransmisores y a ellos se responsabiliza principalmente de la instalación de la depresión en las personas.

Según Smith, Sarason, y Sarason, (1984) la depresión es un trastorno que se caracteriza principalmente por dos síntomas: estado de ánimo disfórico, (tristeza, desesperación, preocupación) y pérdida de interés o de gusto por la vida (apatía por las actividades sociales y desesperanza), algunos otros síntomas que suelen presentarse son: inapetencia y pérdida o aumento de peso, insomnio, pérdida de energía, fuertes sentimientos de culpabilidad y de reproche a sí mismo, incapacidad de concentrarse y pensar con lucidez y constantes pensamientos relativos a la muerte y al suicidio.

Haynal, A. y Pasini, W. (1984) sostienen que la depresión se manifiesta acompañada de varios trastornos somáticos como: cefaleas, zumbidos en los oídos, dificultades respiratorias, cardialgias, vértigos, dolores vertebrales, cenestesis abdominales,

náuseas, vómitos, constipación, trastornos del apetito, de la potencia sexual, de la libido y del sueño, fatiga, entre otros.

Por otro lado, Navarro, A. (1990) ofrece una definición de este padecimiento en términos cognitivo conductuales, para él, la depresión es una construcción hipotética que se utiliza para designar una serie de alteraciones cognoscitivoconductuales durante las cuales el individuo ya no tiene acceso a los reforzamientos sociales, o estos dejan de ser contingentes a sus respuestas o pierden su efectividad. No hace falta poner mucha atención, para percatarse de que lo central para este autor son los estímulos del medio ambiente y el individuo únicamente juega un papel pasivo.

Mientras que para Mac Laren (2000, en Contreras 2002, en López, R. 2002) la depresión es todo lo concerniente a la alteración de los sentimientos íntimos de la persona y esta alteración tiene una repercusión no sólo en su "humor" sino también en sus capacidades mentales, sus actitudes y su forma de apreciar a las demás personas y todas las cosas que los rodean.

Por su parte, Rojtenberg, S. (2001) define a la depresión como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio ocupacional.

Como se observa, es imposible dar una definición de la depresión sin hacer referencia a los síntomas, pues más bien son ellos, quienes la definen de manera importante. En este sentido, Vallejo (1992) considera que como ocurre con otros fenómenos psicopatológicos, el término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma puede acompañar otros trastornos psicopatológicos; como síndrome agrupa unos procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital. Y como enfermedad, desde la óptica del modelo médico, se observa como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico.

Acertadamente, Arieti y Bemporad (1990) argumentan que la sintomatología de la depresión ha seguido siendo esencialmente la misma durante muchos años. No obstante, la constancia histórica de la descripción sintomatológica, las causas y los tratamientos sugeridos para este padecimiento se han ido modificando, como reflejo de las tendencias etiológicas y teóricas de cada época.

1.2 Clasificación.

La depresión se encuentra incluida dentro de la clasificación de los trastornos del estado de ánimo en el DSM IV, cada uno de los trastornos descritos aquí está caracterizado por varios signos y síntomas que se agrupan en **episodios afectivos**, los cuales sirven como criterios diagnósticos para diferenciar un padecimiento de otro.

Siguiendo esta línea, para poder diagnosticar adecuadamente el trastorno que aqueja al sujeto, el clínico debe remitirse a la descripción de dichos **episodios afectivos**, estos se dividen en:

∂ **Episodio depresivo mayor.**

∂ **Episodio maníaco.** El síntoma clave es el estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, especialmente cuando se frustran sus planes abiertamente ambiciosos. Con frecuencia, el paciente muestra cambios en su humor que van desde la euforia inicial a la irritabilidad, a medida que el episodio sigue su curso.

Lenguaje. Hablan mucho, suele ser difícil interrumpirles, y en cambio ellos interrumpen constantemente a quienes les rodean. A medida que la manía se intensifica, comienzan a hablar cada vez más alto y más rápido y resulta difícil entenderles; después su lenguaje se llena de juegos de palabras, chistes, rimas y expresiones sin sentido.

Alteraciones perceptivas. Aparecen delirios en el 75% de los pacientes maníacos, estos son congruentes con el estado de ánimo, se refieren a riquezas, poderes o capacidades extraordinarias.

Pensamiento. El contenido del pensamiento abarca temas como la autoconfianza y la autograndiosidad. Se distraen con mucha facilidad y su funcionamiento cognoscitivo se caracteriza por un flujo de ideas acelerado y desinhibido. Se preocupan con frecuencia por ideas de índole religiosa, política, economía, social, sexual o persecutoria, que pueden llegar a convertirse en sistemas delirantes.

Sensorio y cognición. En general, se puede decir que la memoria y la orientación están intactas, aunque algunos pacientes están tan eufóricos que responden incorrectamente.

Control de impulsos. Estos pacientes actúan de manera impulsiva y al mismo tiempo con un sentimiento de convicción y resolución. Aproximadamente el 75% son agresivos o muestran conductas amenazadoras; incluso pueden intentar suicidarse o cometer homicidio. Los pacientes maníacos suelen beber alcohol en exceso; su naturaleza desinhibida se refleja en las llamadas telefónicas excesivas, en especial conferencias y a horas intempestivas. Muestran una tendencia a desnudarse en lugares públicos, vestirse o ponerse joyas con colores llamativos y extrañas combinaciones, y la inatención a los pequeños detalles (como olvidarse de colgar el teléfono). De forma ocasional experimentan una regresión y juegan con sus heces y su orina.

Juicio e introspección. La alteración de juicio es un síntoma clave, pueden infringir las leyes relativas a tarjetas de crédito, actividades sexuales y finanzas, arrastrando en ocasiones a su familia a la ruina financiera.

Tienden a responsabilizar a otros de sus propios actos y explotan las debilidades de los demás. Además, tienen escasa conciencia de su enfermedad. (Kaplan (2001))

Algo importante es que la alteración del estado de ánimo en este episodio es lo suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, y en algunos casos hay síntomas psicóticos.

∂ **Episodio mixto.** Básicamente, en este episodio se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco, como para un episodio depresivo mayor, excepto en la duración, esta es de casi cada día durante al menos 1 semana. En este episodio, la

alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás

ð **Episodio hipomaníaco.** En este episodio, el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable, durante al menos 4 días, claramente diferente del estado de ánimo habitual. Durante el episodio, persisten 3 o más de los siguientes síntomas:

- 1) Autoestima exagerada o grandiosidad.
- 2) Disminución de la necesidad de dormir (por ejemplo se siente descansado tras solo 3 horas de sueño).
- 3) Más hablador de lo habitual o verborreico.
- 4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
- 5) Distrabilidad. Por ejemplo, la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes.
- 6) Aumento de la actividad (social, en el trabajo, los estudios o sexual) o agitación psicomotora.
- 7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (por ejemplo, realizar compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

Lo que lo distingue principalmente del episodio maniaco, es que la alteración del estado de ánimo y el cambio de las actividades son observables por los demás, pero no llegan a ser incapacitantes o lo suficientemente graves como para provocar un deterioro laboral o social, o para necesitar hospitalización, y no hay síntomas psicóticos. (Kaplan 2001)

Esta descripción sirve de base para diferenciar y entender los trastornos del estado de ánimo, ya que Según el DSM – IV, la mayoría de estos, exigen la presencia o ausencia de dichos episodios afectivos y son ellos quienes los definen. Cabe explicar que estos no pueden diagnosticarse como entidades independientes, sino que sirven como fundamento para el diagnóstico.

En general, los **trastornos del estado de ánimo** tienen como característica principal una alteración del humor y estos se dividen en:

- **Trastornos depresivos**
- **Trastornos bipolares y**

Dos trastornos basados en la etiología:

- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

En el presente trabajo, sólo me ocuparé de los dos primeros. **Los trastornos depresivos**, a su vez, se subdividen en:

- **Trastorno depresivo mayor.** Caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores. El cual describiré de manera más extensa, por ser este, el tema central.

- **Trastorno distímico.** Es un trastorno crónico que se caracteriza por humor deprimido (o irritable en niños y adolescentes, al menos 1 año) que se mantiene la mayor parte del día, la mayoría de los días, durante al menos 2 años. Según el DSM-IV, las características principales de este trastorno son los sentimientos de inadecuación, culpa, irritabilidad e ira; aislamiento social; pérdida de interés y descenso de la actividad y productividad. También se debe considerar la presencia de dos o más de los siguientes síntomas:

- 1) Pérdida o aumento de apetito.
- 2) Insomnio o hipersomnia.
- 3) Falta de energía o fatiga.
- 4) Baja autoestima.
- 5) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
- 6) Sentimientos de desesperanza

Hay que destacar que durante el periodo de 2 años, el sujeto no ha estado sin síntomas durante más de 2 meses seguidos. Y este suele coexistir con el trastorno depresivo mayor. (Rojtenberg, S. 2001)

- **Trastorno depresivo no especificado.** Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o

trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

Los trastornos depresivos se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de *no haber historia previa* de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.

Por otro lado, los **trastornos bipolares** se subdividen en:

- **Trastorno bipolar I.** Se caracteriza por uno o más *episodios maníacos o mixtos*, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores. Se les denomina recurrentes, a los pacientes que presentan dos o más episodios, estos deben estar separados, al menos por 2 meses sin síntomas significativos. (Kaplan, 2001)
- **Tras-torno bipolar II.** Se presentan uno o más *episodios depresivos mayores* acompañados por al menos un episodio hipomaníaco. Estos episodios pueden presentarse:
 - *Con síntomas psicóticos.* Congruentes o no con el estado de ánimo y auguran un mal pronóstico. El paciente tiene ideas delirantes y alucinaciones referentes a temas de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo o ser merecedor de un castigo. O bien, incluir ideas de persecución o ideas delirantes de control. (Rojtenberg, S. 2001)
 - *Con características melancólicas.* Donde predomina la pérdida del placer en todas o casi todas las actividades y/o falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. La depresión es por lo general peor por la mañana (agravamiento matutino); también presentan variación diurna, esto es, a media que transcurre el día se sienten mejor y por la noche llegan a sentirse “normales”. Se observa despertar precoz (al menos 2 horas antes de la hora acostumbrada) o en la madrugada, pérdida de apetito que conlleva a una disminución de peso; cansancio; y culpa excesiva o inapropiada. (Enciclopedia de la Psicología 2000)
 - *Con características catatónicas.* Los síntomas clave son: el estupor; mutismo; embotamiento afectivo; retraimiento extremo; negativismo y retraso psicomotor marcado.

- **Trastorno ciclotímico.** Se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos depresivos e hipomaníacos, pudiendo el paciente experimentar un ánimo normal entre intervalos. Los rasgos característicos de los ciclotímicos comprenden los siguientes aspectos:

- a) Marcada irregularidad en la cantidad y calidad de la productividad laboral.
- b) Periodos de contacto social desinhibido, alternando con aislamiento extremo.
- c) Intermitentes extravagancias financieras.
- d) Deficiente autoestima, alternando con actitudes de prepotencia ingenua.
- e) Promiscuidad episódica.
- f) Frecuente abuso de alcohol y drogas. (Enciclopedia de la Psicología, 2000)

- **Trastorno bipolar no especificado.** Se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

Los trastornos bipolares implican la presencia o historia de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

Otro punto importante de estos trastornos es que existe un grupo de pacientes a los que se les denomina “cicladores rápidos”, pues hay una sucesión rápida de fases maníacas y depresivas y tienen por lo menos 4 episodios de depresión y/o manía por año; la mayoría son mujeres. Mc Hugh y Slavney (1985) agregan, que para pasar de una fase a otra deben transcurrir como mínimo, 48 horas.

Por otro lado, el **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica. (por ejemplo, esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo, etc.) Esto se determina según la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o la exploración física (DSM – IV, 1995).

Según Elkin (2000), estas afecciones deben descartarse para realizar un diagnóstico preciso de la depresión mayor y para ello es necesario llevar a cabo un examen clínico completo del paciente, y una investigación completa de laboratorio que incluya las siguientes pruebas: Biometría hemática; Pruebas del funcionamiento de la tiroides; Prueba de reagin plasmática rápida para descartar sífilis; Prueba de HIV; Detección toxicológica para descartar el uso de drogas; Detección de metales pesados; Electrocardiograma (si está indicado; TC o RM de cráneo y electroencefalograma (si está indicado).

Evidentemente esto sólo se encuentra en la literatura pues, al menos en nuestro país, ni en los servicios de salud pública ni en la consulta privada, se llevan a cabo de manera rutinaria tales exámenes para diagnosticar la depresión. Cabe mencionar que cuando una persona siente que algo anda mal con su salud al primer lugar que acude no es al psicólogo sino al médico, quien tiene la labor de detectar algún padecimiento a través de la exploración de los síntomas del paciente y sólo si es necesario se solicitan pruebas de laboratorio como las antes mencionadas. En esta exploración se resta importancia al área emocional y psicológica, incluso vale decir que se le resta importancia a la persona, el foco de atención es el organismo, y los síntomas que darán la respuesta a la pregunta qué enfermedad padece determinado sujeto.

Mientras que **el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico. Por ejemplo, el estado de ánimo depresivo que se presenta sólo en el contexto de la abstinencia de cocaína se diagnosticará como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia.

Por último, **el trastorno del estado de ánimo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (DSM – IV, 1995) .

1.3 Cuadro clínico (signos y síntomas).

Según el DSM – IV (1995), la característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Además, para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica.

Según Rojtenberg, (2001), el DSM IV considera que un paciente padece depresión si presenta:

- a) Un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, y/o
- b) Pérdida del placer o interés por las tareas habituales.

Agregándose por lo menos cuatro de los síntomas que aparecen a continuación, durante dos semanas y además, presentan un cambio del funcionamiento previo del individuo.

- 1) Pérdida o aumento del apetito o peso sin dietas especiales.
- 2) Insomnio o hipersomnia.
- 3) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- 4) Pérdida de energía o fatiga.
- 5) Sentimientos de inutilidad, autorreproche o culpas excesivas o inapropiadas.
- 6) Disminución de la capacidad de pensar o de concentración.
- 7) Ideaciones recurrentes de muerte, suicidio o deseo de estar muerto.
- 8) Disminución de la libido.

Si el trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, es importante exponer sus características.

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es *un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades*. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de la lista anteriormente citada.

Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un *síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas*. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Frecuentemente, el *estado de ánimo* en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como *deprimido, triste, desesperanzado, desanimado* o “como en un pozo”. En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista (por ejemplo, al señalar que el sujeto parece que esté a punto de llorar). En algunos sujetos que se quejan de sentirse “pasotas”, sin sentimientos o ansiosos, la presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto.

Algunas personas ponen énfasis en las *quejas somáticas* (por ejemplo, las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. Muchos sujetos refieren o muestran una *alta irritabilidad* (ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia).

En los niños y los adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Esta forma de presentación debe diferenciarse del patrón de “niño mimado” con irritabilidad ante las frustraciones.

Casi siempre hay *pérdida de intereses y de capacidad para el placer* en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que “han perdido el interés” o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras. Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual.

Normalmente, *el apetito disminuye* y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer, otros, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (como: dulces u otros hidratos de carbono). Cuando las alteraciones del apetito son graves, puede haber una

pérdida o ganancia significativa de peso o, en niños, se puede dar un fracaso en la consecución del peso apropiado.

La *alteración del sueño* asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio. Es característico el insomnio medio (por ejemplo despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse). También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño).

Menos frecuentemente, los sujetos se quejan de exceso de sueño (hipersomnia) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento.

Los *cambios psicomotores* incluyen agitación (incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo). La agitación o el enlentecimiento psicomotores deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva.

Es habitual la *falta de energía, el cansancio y la fatiga*. Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico, incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo. Puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas, por ejemplo, un sujeto puede quejarse de que lavarse y vestirse por la mañana es agotador y de que tarda el doble de lo normal en él.

Por la astenia y adinamia suelen permanecer acostados la mayor parte del día y tampoco salen de su casa, se quedan todo el día con ropa de dormir. Suelen referir una inespecífica sensación de frío, que atribuyen a debilidad, por ello también se abrigan exageradamente para el observador y tienen una tendencia al consumo de dulces (Rojtenberg, 2001).

El *sentimiento de inutilidad o de culpa* asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o ruminaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados. Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. Por ejemplo, un vendedor puede preocuparse y autorreprocharse por fracasar en las ventas, incluso aunque el mercado en general esté colapsado y otros vendedores sean también incapaces de lograr ventas.

El sentimiento de inutilidad o de culpa puede tener proporciones delirantes, por ejemplo, un sujeto está convencido de que está personalmente implicado en la pobreza en el mundo. Es muy frecuente el autorreproche de estar enfermo o de no haber logrado cumplir con las responsabilidades laborales o interpersonales como resultado de la depresión, pero a no ser que alcance una magnitud delirante, esta queja no se considera incluíble dentro de este criterio.

Muchos sujetos refieren una *capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones*. Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. Quienes tienen ocupaciones laborales o estudios que representan una exigencia intelectual suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque sólo tengan problemas leves de concentración (por ejemplo, un programador de ordenadores que ya no es capaz de realizar tareas complicadas que antes sí podía llevar a cabo). En los niños, la caída repentina de los resultados en las notas puede ser un reflejo de la falta de concentración.

En sujetos de edad avanzada con un episodio depresivo mayor, la queja principal puede ser la falta de memoria, que puede ser tomada erróneamente por un signo de demencia. Cuando el episodio depresivo mayor es tratado con éxito, suelen desaparecer los problemas de memoria.

Son frecuentes los *pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas*. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio.

La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 o 2 min. y recurrentes una o dos veces a la semana). Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales (como, una cuerda o un arma) para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse.

Si bien estos comportamientos están asociados estadísticamente con las tentativas de suicidio y pueden ser útiles para la identificación del grupo de alto riesgo, muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar el suicidio. Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable.

El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos leves ha de haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su capacidad para relacionarse o trabajar. En casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo (por ejemplo, comer o vestirse) o de mantener una mínima higiene personal (DSM – IV, 1995).

Elkin (2000) agrega que los pacientes deprimidos pueden presentar: *síntomas de ansiedad*, como sensación de inquietud, preocupación o enojo; *hipersensibilidad al rechazo*; *síntomas psicóticos*, incluyendo alucinaciones auditivas y visuales, ilusiones y paranoia, comportamiento de *toma de riesgos excesivos*; *rumiar y pensar cosas de manera obsesiva*; y *quejas somáticas*.

Aunque la información proporcionada por el paciente puede verse influenciada por los problemas de concentración, el deterioro mnésico o la tendencia a negar, quitar importancia o justificar los síntomas, es esencial una buena entrevista clínica para descubrir los síntomas de un episodio depresivo mayor y para ello un elemento importante es ser empático con el sujeto. Además, la observación es muy importante,

pues no sólo a través de la palabra un sujeto deprimido nos comunica su estado, también sus posturas, sus gestos, su apariencia física nos hablan de lo que alberga en su interior.

Signos.

Cuando tiene cierta intensidad, la depresión se advierte en la *expresión del rostro*, este denota una marcada hipomimia y pobreza gestual, presenta el ceño fruncido, aumentan las arrugas en la frente y en otras partes de la cara, debido a que algunos músculos están habitualmente tensos y contraídos. El brillo de los ojos disminuido, el semblante pálido, la mirada orientada hacia abajo, huidiza, vaga y poco intensa y los párpados muestran una angulación característica en los extremos (Bellack, 2000).

La postura, evidencia desgano, falta de iniciativa, ensimismamiento, los hombros caídos, la espalda encorvada. Navarro (1990) afirma que en lo que toca a la postura, el término depresión sugiere que uno está aplastado y doblado, por lo que vuelca hacia el propio interior sus energías impulsivas y emocionales, esto le dificulta la irradiación de la energía fuera y la apertura en los contactos sociales íntimos que muestran las personas alegres y sanas.

El discurso es lento y forzado, quizás, hable en forma monótona, las frases son cortas, con intervalos prolongados entre ellas. El tono de voz es generalmente bajo, con una entonación lamentosa, las palabras son pronunciadas lentamente, con fatiga y habitualmente muy pocas (Pancheri, 1990)

Con respecto a sus *emociones*, el paciente deprimido manifiesta estado de ánimo triste, deprimido o desalentado, impotencia, culpa, odio hacia sí mismo, o sensación de vacío. Su tono emotivo no mejora, aunque esté hablando de sus cosas favoritas (esto se llama *efecto de constricción*), o quizá estalle en lágrimas por ningún motivo aparente (*efecto lábil*) (Elkin 2000)

Las manifestaciones de la *conducta* pueden ir desde la inhibición psicomotora hasta la excitación que deviene del componente ansioso. En ocasiones el vínculo con las actividades se mantiene, pero no la gratificación que éstas le pueden aportar. Además, presenta una dificultad para entrar en contacto con otros.

El *pensamiento* está retardado, con un contenido ideatorio prevalente, según el caso, de disminución de la autoestima, autorreproches o deas de ruina. En ocasiones puede realizar una especie de acopio de sucesos, eventos y situaciones penosas de las cuales se siente y se hace delirantemente responsable. Pero más allá de las alteraciones de los contenidos del pensamiento, el depresivo no puede desarrollar una actividad preparatoria para una acción específica modificadora y creativa, sino que, por el contrario, cavila de modo monotemático y repetitivo con y sobre su queja, sin provecho o acción específica alguna (Rojtenberg, S. 2001). A menudo piensan de manera obsesiva en alguna circunstancia, persona o preocupación específica, incapaces de desplazar sus pensamientos hacia otro tema.

También se observa el *desaliño*, que puede ir desde un relativo desaseo hasta un estado de total abandono. Se puede dar una *baja notable de peso*. La *temperatura* del cuerpo suele descender hasta dos décimas; también baja la *presión arterial* y aparecen fallas en la circulación periférica. (Rojtenberg, 2001)

Los depresivos pueden tener la sensación de *sequedad en la boca*, acompañada de un mal olor muy característico. La *respiración* es lenta y poco profunda, y la caja torácica suele trabarse en posición de espiración o colapso. La *piel* de algunos individuos muestra un tinte más o menos parduzco que se relaciona con la falta de irrigación sanguínea periférica, con la lentificación de los procesos intestinales y con los trastornos de insomnio (Navarro, 1990)

1.4 Criterios de gravedad

El DSM – IV (1995) cuenta con ciertos criterios, para especificar la gravedad del episodio depresivo mayor, para dilucidar si este se presenta de manera leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o grave con síntomas psicóticos, mismos que se especifican a continuación:

- **Leve.** El paciente muestra pocos o ningún síntoma además de los necesarios para realizar el diagnóstico; además, los síntomas provocan sólo una ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.

- **Moderado.** Síntomas de incapacidad funcional entre leves y graves.
- **Grave sin síntomas psicóticos.** Varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente las actividades laborales o sociales habituales, o las relaciones con los demás.
- **Grave con síntomas psicóticos.** El paciente refiere ideas delirantes o alucinaciones.

1.5 Curso de la depresión.

Rojtenberg (2001) señala que los síntomas que marcan el comienzo de la depresión pueden ser los mismos que se presentan en el periodo de estado, aunque menos intensos. Algunos síntomas cardinales son las perturbaciones del dormir, dificultades para experimentar placer, el sujeto está abatido, no sabe por qué se siente de esta manera, no encuentra razón o desencadenante que justifique su estado o este no guarda relación con la intensidad del cuadro. En casos severos se observan vivencias de despersonalización y desrealización. Son comunes las alteraciones en el apetito, dificultades en las relaciones sexuales, irritabilidad y alteraciones en el funcionamiento gastrointestinal. La evolución en el tiempo y el incremento de la manifestación sintomática anuncian la instalación del periodo de estado.

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un *período prodrómico* (es decir, antes de que se presente de lleno la enfermedad) con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que puede durar semanas o meses.

Por otro lado, la duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido.

En una proporción considerable de casos (quizá el 20 o el 30 %), algunos síntomas depresivos que son insuficientes para cumplir totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor persisten durante meses o incluso años y se asocian a incapacidad o malestar, en cuyo caso se puede hablar de *remisión parcial*. La remisión parcial después de un episodio depresivo mayor parece ser predictora de un patrón parecido para

episodios posteriores. En algunos sujetos (5-10 %) se siguen cumpliendo totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor durante 2 o más años, y en este caso se debe considerar de una depresión crónica.(DSM – IV, 1995)

Por su parte, Elkin (2000) señala que la depresión mayor se produce de manera episódica en la mayoría de los casos y sus síntomas desaparecen y el estado de ánimo y el funcionamiento se hacen normales o casi normales entre episodios. El episodio de depresión promedio dura de 7 a 14 meses, aunque persiste más de dos años, hasta en el 20% de los sujetos deprimidos.

En general, las personas deprimidas siguen alguna de las tres posibles trayectorias:

- 1) Casi en la mitad de todos los casos, el episodio de depresión mayor sólo se produce una vez en la vida del paciente.
- 2) Por lo menos la mitad de los individuos que presentan algún episodio de depresión mayor, experimenta otros episodios de depresión adicionales.
- 3) Del 15 al 20% de todos los individuos deprimidos presentan depresión crónica, más que episódica, es decir, sin tratamiento su depresión no desaparece más que por breves momentos.

1.6 Facetas de la depresión.

Depresión con rasgos atípicos. Se caracteriza por una inversión de las observaciones usuales en la depresión mayor. Por ejemplo, las personas comen más y es probable que aumenten de peso, duermen más y con facilidad se sientan rechazados por otras personas. La ansiedad también es notable y se presenta con mayor frecuencia que en pacientes con depresión mayor.

Depresión con componente estacional. Los episodios depresivos graves y el trastorno bipolar en ocasiones siguen un patrón estacional y predecible en el curso de varios años. Con frecuencia, los síntomas de depresión se producen en el invierno y la manía aparece durante la primavera o en los meses de verano. También se observa el patrón inverso (por ejemplo depresión en verano) pero no es tan característico. El aumento de sueño y apetito y movimientos psicomotores lentos son comunes. Este patrón estacional debe ser bastante consistente y no ser ocasionado por factores del

entorno. Se considera que la depresión estacional se relaciona con disminución de la producción de melatonina en la glándula pineal durante los meses de invierno.

Depresión mayor con rasgos psicóticos. Un episodio depresivo importante sin tratamiento quizá se haga tan grave que dé lugar a síntomas psicóticos. Las alucinaciones y delirios suelen ser de naturaleza congruente con el estado de ánimo. Por ejemplo, quizá el individuo se convenza de que ha hecho algo malo o de que alguien está a punto de castigarlo, o desarrolle delirios somáticos, incluyendo la creencia de que su cuerpo se está desintegrando o pudriendo de adentro hacia fuera. Los antecedentes del paciente y sus antecedentes familiares permiten descartar otros trastornos psiquiátricos, como esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos.

Trastorno depresivo no especificado de otro modo. Los trastornos depresivos leves que cumplen con menos de cinco criterios del DSM-IV para depresión mayor se diagnostican como trastornos depresivos no especificados de otro modo. Algunos clínicos han propuesto una nueva categoría diagnóstica llamada *trastorno de depresión subaguda*, quienes padecen este trastorno presentan elevadas tasas de alteración de relaciones sociales y de trabajo en comparación con quienes no tienen síntomas de depresión. Otros parecen presentar síntomas de depresión recurrente de tipo breve, que duran menos de dos semanas. La medicación y la psicoterapia parecen eficaces para tratar estos trastornos. (Elkin, 2000)

Según Zariategui (citado en Rojtenberg, S. 2001) un mismo paciente puede padecer diferentes subtipos de depresión a lo largo de su vida, a esto lo llama "pleomorfismo evolutivo de los subtipos". Por lo que, según él, resulta más adecuado hablar de "depresiones", ya que limitar a una sola entidad la variedad clínica de los trastornos depresivos resulta simplista.

1.7 Diagnóstico diferencial (con qué enfermedades se puede confundir la depresión)

Un episodio depresivo mayor debe distinguirse de un *trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica*. Un *trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias*.

En las personas ancianas suele ser difícil determinar si los síntomas cognoscitivos (como: desorientación, apatía, dificultades para concentrarse, pérdida de memoria) son atribuibles a una *demencia* o a un episodio depresivo mayor. Para aclararlo es útil la evaluación médica completa y una valoración del comienzo de la alteración, la secuencia temporal de los síntomas depresivos y cognoscitivos, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. El estado premórbido del sujeto puede ayudar a diferenciar un episodio depresivo mayor de una demencia. En la demencia suele haber una historia de deterioro de las funciones cognoscitivas, mientras que el sujeto con un episodio depresivo mayor es mucho más probable que tenga un estado premórbido relativamente normal y un deterioro cognoscitivo brusco asociado a la depresión.

Los episodios depresivos mayores con un estado de ánimo muy irritable pueden ser difíciles de distinguir de los *episodios maníacos* con estado de ánimo irritable o de los *episodios mixtos*.

La distraibilidad y la baja tolerancia a la frustración pueden darse tanto en un trastorno por *déficit de atención con hiperactividad* como en un episodio depresivo mayor; si se cumplen los criterios para ambos, puede diagnosticarse el trastorno por déficit de atención con hiperactividad además del trastorno del estado de ánimo. No obstante, el clínico tiene que ser cuidadoso para no sobrediagnosticar episodios depresivos mayores en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en los que la alteración del estado de ánimo se caracteriza por la irritabilidad más que por la tristeza o la pérdida de interés (DSM – IV, 1995).

Exclusión de otros trastornos psiquiátricos.

Trastorno de adaptación. Es una leve perturbación del estado de ánimo que ocurre en los tres meses siguientes a algún acontecimiento que origina tensión, y no dura más de seis meses.

Duelo. Los síntomas de duelo suelen ser idénticos a un episodio depresivo grave, pero se producen dos o tres meses tras la pérdida de algún ser amado.

Trastorno distímico. Es un tipo de depresión crónica de bajo nivel que dura por lo menos dos años. Las personas que presentan distimia se encuentran expuestas a episodios sobreagregados de depresión mayor.

Trastorno bipolar. A más de la mitad de las personas con trastorno bipolar se les diagnostica inicialmente algún otro trastorno psiquiátrico, usualmente depresión mayor o esquizofrenia. Cuando el individuo deprimido presenta después un episodio de manía se le diagnostica trastorno bipolar.

Esquizofrenia. En ocasiones es difícil diferenciar entre la depresión con rasgos psicóticos y la esquizofrenia. Los síntomas de depresión en caso de esquizofrenia generalmente aparecen tras el inicio de la psicosis; mientras que en la depresión con rasgos psicóticos, la perturbación del estado de ánimo se presenta antes del inicio de la psicosis.

Trastorno esquizoafectivo. Sujetos cuyos síntomas y antecedentes indican elementos tanto de trastorno bipolar como de esquizofrenia.

Trastornos de la personalidad. Los individuos que padecen trastornos de la personalidad no suelen adaptarse bien a las tensiones de la vida y quizá dispongan de muy pocos contactos sociales. Como resultado presentan depresión más a menudo que la población en general, quienes padecen trastorno obsesivo-compulsivo o trastornos de personalidad borderline, histriónica o dependiente tienen más probabilidades de presentar algún trastorno depresivo comórbido.

Trastornos de ansiedad. Muchas personas deprimidas padecen también ansiedad grave, sin embargo, quienes padecen trastornos de ansiedad primarios, como trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de tensión postraumática, presentan altas tasas de depresión secundaria. Es difícil diferenciar entre los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, aunque los antecedentes del paciente, incluyendo sus antecedentes familiares, son de ayuda para determinar el desarrollo cronológico de síntomas (Elkin, 2000).

Finalmente, hay que señalar que los *períodos de tristeza* son aspectos inherentes de la experiencia humana. Estos períodos no se deben diagnosticar como un episodio depresivo mayor a no ser que se cumplan los criterios de gravedad (por ejemplo, cinco de entre nueve síntomas), duración (por ejemplo, la mayor parte del día, casi cada día durante al menos 2 semanas) y malestar o deterioro clínicamente significativos.

Algo importante es que un porcentaje muy alto de los depresivos, alrededor del 70%, no saben que padece depresión y no consulta en el momento adecuado, racionalizando el episodio como cansancio, trabajo, edad, etc., y por ello es una entidad de diagnóstico tardío. Así, la depresión se subdiagnostica y subreconoce. Los factores que intervienen en el subreconocimiento, son la banalización propia y ajena, atribuyéndola al estrés o al cansancio, la racionalización, vinculándola a algún episodio negativo reciente, o a la negación, mecanismo psíquico que por excelencia evita el contacto con contenidos angustiantes. (Rojtenberg, S, 2001)

1.8 Etiología

Se han esbozado una serie de agentes, a los cuales se responsabiliza para explicar la instalación de la depresión, para facilitar su estudio, estos se han dividido en factores biológicos, genéticos y psicosociales. Como lo veremos, se le ha concedido capital importancia a la herencia biológica y genética, mientras que las cuestiones psicológicas y el ambiente familiar, apenas se consideran, sólo, de manera secundaria.

Factores biológicos.

Dentro de los factores biológicos involucrados en la etiología de la depresión se encuentran:

- *La disminución de los niveles de dos neurotransmisores:* noradrenalina y serotonina,
- *Anormalidades neurofisiológicas.* Los lóbulos prefrontal y frontal de la mayoría de los sujetos deprimidos parecen presentar hipoactividad en comparación con controles normales. También se observan anomalías sutiles de reducción del volumen del lóbulo temporal y área prefrontal, junto con pequeñas anomalías ocasionales en la sustancia blanca, en particular en personas de edad avanzada.
- *Anormalidades en el sueño.* La privación de sueño o la alteración de los ritmos circadianos por trabajar en distintos turnos o por viajar en avión conduce a cambios del estado de ánimo y a otros síntomas de depresión. La depresión se vincula con insomnio o hipersomnio (cantidad de sueño insuficiente o excesiva respectivamente) y a disminución del periodo de sueño MOR. Es poco claro si el sueño es un factor causal o un marcador de la depresión.
- *Luz solar.* Algunos paciente que presentan trastornos depresivos y trastorno bipolar observan que su depresión empeora durante los meses de invierno, cuando la exposición total a la luz solar disminuye (Elkin, 2000).

Factores genéticos.

- Según Elkin (2000), diferentes estudios demuestran que algunos pacientes tienen predisposición genética a sufrir trastornos depresivos graves. La posibilidad entre parientes de primer grado es mayor, en comparación con los parientes de segundo grado. Las personas que manifiestan la enfermedad en etapas tempranas (que experimentan su primer episodio depresivo antes de los 40 años) tienen mayores factores de riesgo familiar que los que experimentan la enfermedad a edad mayor.
- El Doctor Ramón de la Fuente, fundador del Departamento de Salud Mental y Psiquiatría de la UNAM, en su libro "Psicología Médica", expone que la historia familiar es importante en la depresión, pues este trastorno es tres veces más común en los niños cuyos padres biológicos sufren depresión aún cuando han sido adoptados por una familia sana. Otras investigaciones indican que si un gemelo

idéntico sufre depresión, el otro tiene también 70% de probabilidades de sufrirla. Esto sugiere que algunos niños heredan la susceptibilidad a la enfermedad. Sin embargo, son importantes las circunstancias en el ambiente familiar, por ejemplo, un niño puede no recibir los cuidados que necesita ante la pérdida de una persona amada por divorcio o muerte, una enfermedad larga de uno de los padres o de un hermano, etc. Un niño que vive con un padre abusivo puede vivir bajo un estrés muy severo. Todo lo anterior contribuye a la depresión, pero también ocurre que niños que viven en ambientes estables y reciben amor pueden sufrir depresión.

Si bien es cierto que diversos estudios han comprobado una predisposición a padecer depresión en personas con familiares depresivos, esta predisposición debe contemplarse y repensarse sí como una herencia, pero no genética, sino emocional, producto de un proceso de aprendizaje y como producto de las interrelaciones que se dan dentro de la familia, pero eso es apenas examinado o considerado.

Factores psicosociales.

- **Acontecimientos de la vida y tensiones del entorno.** Los sucesos tensionantes de la vida a menudo preceden a los primeros episodios de trastorno del estado de ánimo, en comparación con los episodios subsecuentes. La pérdida de algunos de los padres antes de los 11 años, se vincula con el desarrollo posterior de depresión, así como la pérdida del cónyuge se relaciona con el inicio de un episodio depresivo. Otros factores predisponentes son la falta de buen apoyo social, experimentar acontecimientos adversos o traumas incontrolables y enfermedades físicas.
- **Factores psicoanalíticos y psicodinámicos.** Alguna pérdida o amenaza de pérdida durante la niñez, la incapacidad para expresar la ira y, en consecuencia, desahogo de la ira contra uno mismo, la discrepancia entre los ideales del sujeto y la realidad y las privaciones infantiles.
- **Impotencia aprendida.** Esta teoría considera que la depresión es resultado de que la persona percibe su falta de control sobre su vida o su entorno. Muchos pacientes deprimidos consideran que tienen muy poco control sobre su vida y que se encuentran a merced de otras personas o situaciones. Por lo que, según esta teoría, es posible que la depresión mejore si el clínico ayuda al individuo a lograr cierto sentido de control y dirección dentro de su entorno.

- **Teoría cognoscitiva.** Esta teoría considera que la depresión es un trastorno del pensamiento, pensamientos negativos conducen a un estado de ánimo deprimido y a los demás síntomas de depresión; el clínico, puede ayudar al paciente a reconsiderar y controlar estos pensamientos negativos (Elkin, D. 2000)

Como podemos observar, para la medicina, el origen de la depresión en una persona se atribuye primordialmente a factores genéticos y fisiológicos que obedecen a una visión mecanicista y biologicista del hombre, lo psicológico es secundario, es visto como el efecto, el síntoma y no como la causa o como un factor preponderante para el desarrollo o construcción de dicho padecimiento, por lo que es lógico y congruente, que su tratamiento se enfoque en lo esencial a la prescripción de fármacos, la psicoterapia es sólo un complemento, mucho menos se aborda al cuerpo, los esfuerzos están dirigidos a controlar lo que sucede SNC, a lo que funciona anormalmente o no funciona bien en él. En lo tocante a las terapias psicológicas, la preeminencia en los servicios de salud, está a cargo de la teoría cognitivo conductual, la cual se centra en la modificación de los pensamientos irracionales o inadaptados del paciente, a los que se atribuye un papel central en el estado de aquel.

1.9 Epidemiología.

1.9.1 Edad de presentación.

La edad de aparición del primer episodio es cada vez más temprana y el comienzo precoz incrementa el riesgo de recurrencia y cronicidad. (Rojtenberg, R. 2001). Según un estudio presentado por Medina (2003), en México el episodio depresivo mayor presenta un primer auge alrededor de los 17 años, otro segundo pico alrededor de los 32 años y al final de los 65 años se presenta otro momento de auge.

1.9.2 Sexo.

La depresión es reconocida mundialmente como uno de los problemas más importantes de salud mental. Según Lara y cols. (2003), la prevalencia de este trastorno es similar a la que han documentado otros países; la prevalencia de por vida es de 10% en las mujeres y de 5.2% en los hombres; en tanto que la prevalencia actual es de 4.1% en las primeras

y de 1.6% en los segundos. Un dato que se ha obtenido reiteradamente es que las mujeres la padecen dos veces más que los hombres.

Según Medina (2003), estudios realizados en la ciudad capital en el 2000, muestran que el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años, presenta trastornos afectivos, de los cuales, el 7.8% corresponde a episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón; 1.5% distimia con una proporción hombre / mujer similar, 2.6 varones por cada mujer y una tasa inferior de episodios maniacos con pocas diferencias de sexo.

Rojtenberg (2001), reporta que las mujeres suelen padecerla 2 a 3 veces más que los hombres y se encuentran más expuestas durante épocas particularmente vulnerables como la adolescencia, el puerperio (hasta 6 meses después del nacimiento) y la perimenopausia.

1.9.3 Porcentaje / Incidencia.

Como parte de la iniciativa 2000, de la Organización Mundial de la Salud en Salud Mental, para describir la prevalencia de los trastornos psiquiátricos, se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) en 6 regiones a nivel nacional, las cuales abarcaron:

- 1) Las 3 regiones metropolitanas más grandes del país: Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey.
- 2) Noroeste: Baja California, Baja California Sur, Nayarit, Sinaloa y Sonora.
- 3) Norte: Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas.
- 4) Centro – oeste: Aguascalientes, Jalisco, Colima, Guanajuato y Michoacán.
- 5) Entro – este: Guerrero, Morelos, Estado de México, Querétaro, Hidalgo, Tlascala y Puebla.
- 6) Sureste: Veracruz, Oaxaca, Tabasco, Chiapas, Campeche, Yucatán y Quintana Roo.

Cuya población blanco fue la población no institucionalizada, de 18 a 65 años de edad, vive en áreas urbanas y tiene un hogar fijo, de los cuales, alrededor del 54% de la muestra fueron mujeres y el 40% tenían entre 18 y 29 años.. Según este estudio, el 9.1%

de la población sufre de trastornos afectivos, presentándose el episodio depresivo mayor en un 3.3% de la población, siendo más común en las mujeres.

Frenk y cols. (1999, citado en Medina, y cols. 2003) han estimado que en México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad; 4 de las 10 enfermedades más discapacitantes, son neuropsiquiátricas (esquizofrenia, depresión, obsesión compulsión y alcoholismo). Y se espera que el índice de enfermos se incremente debido a problemas tales como la pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población entre otros factores.

El progreso científico y tecnológico del mundo moderno se ha reflejado en mejores opciones de atención a la salud mental de las personas. Pero, a pesar de los avances científicos, la atención de los enfermos sigue siendo deficiente, se sabe que la primera puerta que tocan las personas con trastornos mentales es la medicina general. Sin embargo, su detección, tratamiento y/o canalización a servicios especializados es insuficiente, existe aún un importante estigma social que segrega a los pacientes psiquiátricos y el tiempo que pasa entre que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada es considerable (Gater y cols. 1991, en Medina 2003).

Estudios de hogares realizados en población urbana de nuestro país han documentado que las personas con trastornos emocionales piden primero ayuda den sus redes sociales, 54% a familiares o amigos, 10% a sacerdotes y ministros, 15% se automedican y sólo secundariamente acuden a medicina general y a lo servicios especializados (Medina 2003).

Berenzon (2003, citado en Medina, 2003) ha documentado una elevada utilización de medicina alternativa, como complemento de la medicina tradicional obedeciendo a la percepción social de quién puede ofrecer solución a los problemas sentidos.

En la ciudad de México, Caraveo y cols. (1999, en Medina 2003) documentaron que tan solo 20% de las personas con un trastorno de depresión mayor buscaban algún tipo de atención especializada.

1.10 Tratamiento.

En casos de depresión de moderada a grave, en particular cuando incluye ideas suicidas, presencia de síntomas psicóticos o distimia, el tratamiento óptimo consiste en integrar psicoterapia con medicamentos. Los antidepresivos no son adictivos, no obstante, quienes son tratados únicamente con antidepresivos suelen experimentar recaídas cuando se les retira el medicamento. Parece que la psicoterapia ayuda a los pacientes a tomar en cuenta las raíces de las causas de su depresión, reduciendo así la posibilidad de recaídas.

Para elegir el antidepresivo, el clínico debe considerar los antecedentes previos de respuestas del paciente ante el fármaco, las respuestas de otros familiares ante los medicamentos, los síntomas a tratar, el perfil de los efectos secundarios, el costo y el riesgo de suicidio del enfermo.

El cumplimiento por parte del paciente se relaciona con el nivel de instrucción de la persona y se relaciona de manera inversa con los efectos secundarios. Los clínicos deben decidir en qué caso la respuesta ante los depresivos es parcial o no se produce, y cuándo conviene cambiar de antidepresivo, o agregar o combinar otros agentes. Una vez iniciado el tratamiento con la manera de antidepresivos, paciente y médico notan la respuesta en un lapso de dos a cuatro semanas.

Quienes padecen depresión mayor deben tomar antidepresivos por nueve a 12 meses tras lograr la remisión total de su depresión. Aunque los antidepresivos no son adictivos, si se detiene su uso en etapa más temprana a menudo se producen recaídas. Es preciso retirar gradualmente estos medicamentos por varios motivos. En primer lugar, quizá se requieran varias semanas o inclusive meses con la nueva dosis para alcanzar condiciones de estado estable para que los receptores cerebrales se adapten y para que la depresión vuelva a aparecer. Segundo, si se dejan de tomar los medicamentos repentinamente, se puede producir el síndrome de supresión, el cual ocasiona síntomas desagradables y similares a la gripe. Esto es particularmente cierto cuando se emplean inhibidores de selectivos de recaptura de serotonina de vida media corta, como paroxentina y fluvoxamina; este síndrome casi nunca se produce con la fluoxentina, porque tiene vida media prolongada. Por último, el impacto emotivo del resurgimiento

de los síntomas de depresión probablemente resulte desalentador y frustrante para el enfermo.

El clínico debe tener presente que 20% de los pacientes sufre depresión crónica, y quizá requiera antidepresivos de manera indefinida tras su primer episodio de depresión y probablemente necesiten un aumento de dosis cuando se encuentren bajo tensión. No se dispone de pruebas simples para determinar en qué momento está preparada la persona para dejar de tomar antidepresivos, de modo que la dosis se reduce gradualmente, con el fin de descubrir de manera empírica si el paciente está listo para tomar dosis más bajas, o para dejar de tomar el medicamento.

En la actualidad no se cuenta con un método confiable para predecir qué antidepresivo funcionará y a qué dosis para cada caso individual. La respuesta previa personal, o la de algún miembro de la familia al antidepresivo, permite predecir los posibles resultados. De lo contrario, el clínico debe efectuar la mejor elección basándose en los síntomas del paciente y en el mecanismo de acción y efectos secundarios de cada medicamento.

Tipos de antidepresivos.

- Los antidepresivos más antiguos son los **inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)**. Son eficaces para tratar episodios de depresión y producen respuestas superiores en comparación con los antidepresivos tricíclicos para tratar depresión con rasgos atípicos y fobias sociales.

Quienes emplean IMAO deben seguir de manera estricta dietas libres de alimentos que contenga tiramina y evitar el uso de ciertos medicamentos simpatomiméticos y otros antidepresivos. De lo contrario, pueden sufrir una crisis hipertensiva o de apoplejía. Este tipo de sustancias es poco prescrito en la actualidad, ya que se dispone de otras más modernas.

- Los **antidepresivos tricíclicos (ATC)** tienen la ventaja de su conocida seguridad, comprobada durante varias décadas de uso, además de que son poco costosos. Sin embargo, producen efectos secundarios que se derivan de sus efectos anticolinérgicos como boca seca, visión borrosa, estreñimiento y retención urinaria.

Por otra parte, en personas de edad avanzada y en quienes padecen pérdidas neuronales, causan delirio anticolinérgico. A dosis elevadas, retrasan la conducción cardíaca.

- Actualmente los **inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)** son los antidepresivos que se prescriben con mayor frecuencia en E.U.; son menos tóxicos que los antidepresivos tricíclicos y es mucho menos probable que produzcan muerte en caso de sobredosis.

Los efectos secundarios iniciales incluyen náusea, dolor de cabeza, aumento del insomnio o agitación y disfunción sexual (disminución del impulso sexual o anorgasmia), hasta una tercera parte de quienes los utilizan experimentan disfunción sexual durante todo el tiempo que toman este tipo de antidepresivo, estos pacientes quizá requieran cambio de medicamento o, de lo contrario, necesiten otro fármaco (como bupropión, el ansiolítico buspirona o el antihistamínico ciproheptadina) simultáneamente para contrarrestar este efecto secundario. Los ISRS son caros pero se acompañan de mejor cumplimiento y menor número de consultas externas y hospitalizaciones. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina a menudo producen fuertes respuestas a dosis bajas, aunque se requiere graduación ascendente hasta alcanzar la dosis terapéutica para mantener la respuesta. Por lo tanto, quienes toman una dosis demasiado baja a menudo se quejan de que el medicamento ya no les funciona. La sertralina y la fluoxentina se llaman activadoras porque incrementan la energía y se cree que son de utilidad en sujetos que presentan baja energía y duermen más de lo usual, aunque no se cuenta con estudios para apoyar esta observación. Por otro lado, también ocasionan insomnio y mayor ansiedad en personas susceptibles, deben emplearse con cautela o evitarse en pacientes con ansiedad, insomnio o antecedentes de trastorno de pánico o sensibilidad a la cafeína. La paroxentina produce más efectos sedantes en algunas personas y por lo tanto es útil para tratar casos de depresión relacionada con insomnio y ansiedad.

Parece que los ISRS producen ventajas en pacientes con pensamientos obsesivos o agresión; son útiles para tratar el trastorno obsesivo-compulsivo o la distimia.

Aproximadamente de 60 a 70% de los pacientes que padecen depresión responde bien al primer o segundo medicamento antidepresivo que se les prescribe. Si el paciente no responde el clínico investiga otros factores que intervienen con la respuesta como mal cumplimiento, uso de sustancias no diagnosticadas, trastornos médicos no diagnosticados o trastornos psiquiátricos comórbidos (como trastornos

de personalidad, de ansiedad o trastorno bipolar). Si ninguno de estos factores está presenta, se clasifica al paciente como “resistente al tratamiento” o “sin respuesta” y se procede a intentar otras estrategias con él, como cambio de antidepresivos, o aumento con otros medicamentos por sí solos o combinados o terapia electroconvulsiva (TEC)

- **TEC.** Está indicada en casos de depresión resistente al tratamiento y en quienes no toleran los efectos secundarios de los medicamentos. También es útil en algunos casos de depresión delirante o catatónica. Se han buscado alternativas a la terapia electroconvulsiva por sus efectos secundarios sobre la memoria a corto plazo y su estigma social.
- **Tratamientos alternativos** para la depresión. Estos incluyen hierbas y remedios que se adquieren sin receta. La *melatonina* es usada para perturbaciones del sueño y depresión; no ha sido probada ni estudiada por la FDA y hay preocupación de que las impurezas en la preparación de melatonina ocasionen efectos secundarios indeseables.

Algunos pacientes emplean preparaciones herbales para medicar su depresión como la *hierba de San Juan* y la *raíz de valeriana*, ésta se toma en forma líquida, en té o en cápsulas y se cree que ejerce propiedades serotoninérgicas y probablemente tenga efectos ansiolíticos y antidepresivos leves. Las *cápsulas de alga espirulina* contienen L-triptófano, el precursor de la serotonina. Estas son sustancias de tipo natural y su uso se considera seguro (Kaplan, 2001).

Psicoterapia

Según Elkin (2000) La psicoterapia interpersonal y la psicoterapia cognoscitiva y de comportamiento son particularmente eficaces. En la *psicoterapia interpersonal* se emplea la relación entre el terapeuta y el paciente como agente curativo. La *terapia cognoscitiva y de comportamiento o cognitivo conductual* (TCC) se enfoca en controlar los pensamientos pesimistas, de modo que el sujeto sea capaz de romper el ciclo de pensamientos, expectativas y acciones negativas.

Por otro lado, la *psicoterapia psicodinámica* se enfoca en sucesos del pasado y en conflictos internos que quizá interfieren con la capacidad del individuo para alcanzar su máximo potencial en el momento actual, una desventaja de esta es que es sumamente

costosa y los resultados se observan regularmente a largo plazo. En este modelo, el terapeuta interacciona menos con el paciente.

También se otorga la *psicoterapia de grupo*, esta permite que el sujeto reciba apoyo de otras personas que lo comprenden, y esto le ayuda a entablar relaciones eficaces.

1.11 Pronóstico.

En un principio se consideró que la depresión era episódica y recurrente, pero indicios cada vez mayores muestran que a lo anterior se le suma una clara tendencia de esta a la cronicidad. Cada episodio incrementa estos riesgos y no existen elementos claros que predigan que el próximo episodio responderá de la misma manera que el actual a la terapéutica. El evento estresante puede tener menor influencia en los episodios subsiguientes, los cuales pueden adquirir cierta independencia y generarse por cambios en el SNC. (Rojtenberg, R. 2001)

Los pacientes con depresión presentan un riesgo de atentar contra su vida 30 veces mayor que el de la población general y un 15% de los pacientes internados por depresión se suicidan (Rojtenberg, R. 2001).

Desde el punto de vista de la organicidad, las patologías que aparecen a continuación son factores que empeoran el pronóstico en caso de no detectarse y ser tratados oportunamente:

- 2) Hipotiroidismo subclínico no detectado.
- 3) Enfermedades degenerativas del SNC.
- 4) Accidente cerebrovascular.
- 5) Infarto agudo de miocardio (Kaplan, 2001).

Como todas las patologías psiquiátricas, la depresión puede tener diferentes destinos:

- a) La cura.
- b) Terminar en suicidio
- c) Recuperación parcial. Es tal vez el peor de los predictores, cuando un paciente queda con una respuesta parcial se debe poner todo el arsenal necesario para que la recuperación sea completa.

- d) Evolucionar hacia la cronicidad. Según Rojtenberg (S. 2001) la posibilidad de recurrencia aumenta en un joven, mientras que un adulto mayor que se deprime por vez primera queda más expuesto a la cronicidad.

CAPÍTULO 2

APORTACIONES DE LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y MEDICINA TRADICIONAL CHINA AL TRASTORNO DEPRESIVO.

2.1 La Medicina Psicosomática.

La comunidad científica se constituye y se reconoce alrededor de un determinado paradigma y desecha como no científico todo lo que viene a contradecir o a poner en cuestión el modelo que le sirve de base. La medicina positivista ha dictado los límites donde se presume, puede distinguirse la salud de la enfermedad, sin embargo, la medicina académica, a pesar de tener bases científicas avanzadas, aún no está acabada, y está muy lejos de estarlo y como cualquier otra ciencia, tiene varias limitaciones y sus dificultades constituyen una de las causas que explican que cada vez más personas, busquen la solución en las medicinas llamadas alternativas.

La salud, según Cruzado (1997) no debe ser entendida como la ausencia de enfermedad, ya que tener salud implica además, no presentar factores que indiquen riesgo de padecer una enfermedad y practicar un estilo de vida saludable, cosa que en nuestra sociedad occidental estamos lejanos de conseguir. La OMS trata de integrar en su definición de salud varios aspectos, al concebirla como “un estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad”, sin embargo, pareciera que en su intento de integrar al ser humano como objeto de estudio, lo escinde para facilitar su exposición.

Han habido momentos en la historia de la medicina, en los que el pensamiento científico hegemónico de la época no ha podido explicar todo lo que ocurre en el ser humano, han habido casos en los que a pesar de múltiples exámenes, exploraciones, etc. no se encuentra una base biológica o fisiológica para explicar la manifestación y reincidencia de un padecimiento en un sujeto y es cuando surge la necesidad de intentar otros modos de explicación y abordaje y gracias a ello ha nacido la Medicina Psicosomática.

Lo psicossomático tiene varias interpretaciones, unas fragmentarios y otras integrales, la tradición médica occidental distingue dos conceptos fundamentales: el malestar subjetivo y la lesión objetiva. El primero hace alusión al sufrimiento del paciente y de su forma de comportarse y de describir el dolor; y el segundo se refiere a los cambios que el médico puede medir y objetivar, bien mediante la exploración física o bien mediante pruebas complementarias como análisis y radiografías (García C.J. 1999).

Según esta perspectiva, todo individuo que expresa malestar o dolor debe presentar una lesión corporal objetivable, si no hay lesión objetiva, el individuo no puede mostrar malestar porque no existe ninguna causa que lo justifique, cualquier otro comportamiento es considerado como una somatización.

Para Wayne Catón (citado en García C. 1999) la somatización se trata de un idioma de malestar en el que los pacientes con problemas emocionales y psicosociales articulan su malestar, principalmente, a través de síntomas físicos.

Martínez, P. (1973) afirma que la somatización se trata de un trasvase sistemático de lo psíquico a lo somático, escogiendo uno o varios órganos privilegiados por su valor simbólico o su minusvalía fisiogenética previa.

En términos generales, la medicina positivista denomina somatizadores a aquellas personas que cumplen las características que siguen:

- a) Sufren molestias físicas, pero ni en la exploración médica ni en las pruebas complementarias se detectan alteraciones significativas que justifiquen claramente las molestias.
- b) Creen que tienen una enfermedad física importante.
- c) Acuden repetidamente a las consultas médicas en busca de ayuda.
- d) Pese a la información del médico en sentido contrario, siguen convencidos de que tienen un problema de salud y continúan acudiendo al médico y solicitando todo tipo de pruebas y tratamientos.

En general, los médicos cometen dos faltas:

- 1) Llegar al diagnóstico de cuadro psicossomático por exclusión tras interminables exploraciones, y

- 2) Creer que lo psicossomático es todo lo informal, no captable y sin posibilidad de referir a una causa objetivable. Así, la medicina es la medicina del cuerpo, no la del ser humano; el cuerpo sólo funge como posibilitador de la observación para sistematizar cualquier enfermedad o padecimiento, lo que lo relega como un elemento que permite ver el comportamiento de una bacteria o virus (Martínez, P. 1973).

La Medicina Psicossomática, a lo largo de su desarrollo histórico, ha ido instaurando nuevas perspectivas y al mismo tiempo se rechazaba como Medicina acientífica todo lo que hasta entonces se había considerado como saber incuestionado. Es innegable que las teorías médicas y sus prácticas en cualquier sociedad, nos dicen mucho acerca de las creencias sociales y escala de valores de una cultura determinada. La medicina India por ejemplo, se encuentra centrada en la persona y no en la enfermedad, el examen médico incluye las esferas emocional y social del paciente, pues además de obtener un alto conocimiento sobre los rasgos de su personalidad, éste debe ser complementado por la adquisición de una familiaridad total con su contexto familiar, social, geográfico y cultural. La persona es vista como un microcosmos y se sostiene que todo lo que es parte del cosmos tiene su homólogo dentro de la persona (Kakar, 1989, en Serrano, 1997).

La medicina positivista con la que se relaciona la medicina contemporánea, solamente quiere reconocer como propios los hechos experimentales más allá de las teorías. Con la utilización del método experimental y el descubrimiento de nuevos instrumentos de observación y de medición, se fue transformando progresivamente la relación médico – enfermo, para reducirse a la relación médico – enfermedad (Clavreul, 1983, citado en Serrano, 1997).

Según Diez, B (1976) la práctica de la medicina psicossomática es un método racional para conocer, comprender y corregir la conducta humana, y reincorporar las partes fragmentadas y rechazadas de la personalidad. Pero en el Positivismo, con su estudio de las funciones de los órganos, según las leyes de los fenómenos físico – químicos, y a través de la observación y el experimento, los médicos se separaron del discurso del paciente, para adoptar en su lugar, las pruebas objetivas obtenidas del examen físico. Así, la medicina clásica obstruye y retrasa el acercamiento a la enfermedad, desde una

concepción unitaria del hombre. Paralelamente, el materialismo y el neopositivismo, volverán a insistir desde una concepción materialista del psiquismo en una concepción de lo psíquico y lo somático, como una unidad sustancial que se va a filtrar hasta el siglo XX, como base de la medicina psicosomática (Serrano, 1997).

El término psicosomático, por su misma composición, nos revela que en lo esencial, tan sólo se han tratado de unir gramatical y conceptualmente lo psicológico y lo somático, ambos términos no se han podido unir en una sola y misma cosa, mucho menos en la práctica (CIMP, 1975).

De la Fuente (1997) opina que el término “medicina psicosomática” ya no es satisfactorio, puesto que expresa la dicotomía entre lo psíquico y lo corporal que precisamente se trata de superar. En 1952, la Asociación Psiquiátrica Americana prefirió referirse a “trastornos psicofisiológicos autonómicos y viscerales”. Desde 1968 la Organización Mundial de la Salud se refiere a “trastornos somáticos que se presume son de origen psíquico”. En el capítulo V de la edición de 1978 del Glosario de la Clasificación Internacional de las Enfermedades se les describe en los términos siguientes: “Una variedad de síntomas físicos o de trastornos fisiológicos de origen mental, sin gran daño tisular y que generalmente se expresan por vía del sistema nervioso autónomo”. En el DSM – IV los trastornos psicosomáticos están comprendidos en rubros de “trastornos somatoformes”, que incluyen los trastornos de somatización, los trastornos conversivos y el dolor crónico; lo que tienen en común estas categorías de trastornos es que no se explican solamente por hallazgos orgánicos, y en su génesis y evolución juegan un papel importante ciertos factores psicológicos.

A pesar de sus intentos, el cuerpo no es abordado por los trabajadores de la salud, sus propuestas de trabajo abordan sólo conceptos; un médico, un psiquiatra, un psicólogo, escrutan clasificaciones, actitudes, comportamientos, síntomas, dolores, etc. pero el cuerpo no aparece; se borra la posibilidad de comprender el proceso en el individuo, se ve cómo se comporta una enfermedad, un padecimiento en el cuerpo, pero éste no parece ser importante. La clasificación de lo psicosomático se ha convertido en una nueva forma de etiquetar que no puede comprender el complejo proceso de la construcción individual (Contreras F, 2002, en López, R. 2002).

Las enfermedades psicosomáticas, en sentido estricto, son aquellas cuya manifestación y desarrollo están bajo la influencia demostrable de los factores psicosociales. Ello significa que no toda persona que sufre asma, por ejemplo, está enferma psicosomáticamente, y que tampoco es cierto que el diabético padece una enfermedad puramente física. (Luban, Poldinger y cols, 1995, citado en López, R. 2002).

La somatización conlleva un proceso en el cual el sujeto elabora un síntoma en un órgano y se convierte en un problema de salud crónica que no le impide llevar el curso de su vida y se asocia con algunos periodos de crisis de acuerdo con un problema no resuelto en su vida cotidiana (López, R. 2002).

El término psicosomático es una clasificación que se usa como recurso para aquello que, con respecto a la enfermedad, no puede explicar el modelo médico positivista, al atribuir la causa a un origen genético se niegan otras interpretaciones o lecturas del cuerpo con respecto a sus signos y síntomas. Bajo esta aproximación el ser humano es sacado de su naturaleza y fragmentado, sin contemplar que es un ser vivo que forma parte del planeta y puede comprenderse a partir de los elementos que componen la Tierra.

Si entendemos que nuestro cuerpo y nuestro ser espiritual y emocional tienen una correspondencia y relación directa con lo que nos rodea, es decir, con el macrocosmos, podemos entender que la armonía de la naturaleza puede existir en el cuerpo. Las cosas se complican cuando la armonía del exterior se irrumpe por la inadecuada utilización de los recursos, la contaminación en sus diferentes formas y las condiciones de vida precarias, desde la mala alimentación hasta la pobreza extrema. Y en la medida que se produzca un desequilibrio en el macrocosmos se producirá un desequilibrio energético interior. Dicha desestabilización incluye los órganos que nos componen y las emociones que albergan éstos, como la alegría, la ira, el miedo, la angustia y la tristeza.

Y justo en esta relación de los órganos con las emociones podemos encontrar la construcción de un proceso psicosomático que ha de interpretarse como la expresión de una emoción que ha logrado ser dominante en el organismo e impedido que el resto se manifiesten y fluyan de manera óptima. La materialización de estos aspectos en un padecimiento psicosomático es susceptible de interpretación si seguimos la ruta de la

expresión de las emociones y sentimientos a través de la historia personal. En el proceso de somatización, la persona deposita en un órgano sus emociones y es factible trabajarlas a partir de incluir en el reconocimiento del proceso de elaboración de la enfermedad la cultura y contexto donde se desarrolló, ya que lo psicósomático se puede instituir en el cuerpo a partir de la exaltación de una emoción que se construye en lo cotidiano.

Así, para poder desentrañar la construcción de la depresión en un sujeto particular, es preciso observar el proceso de sus desequilibrios energéticos que se concretaron en una sintomatología y hoy día son una realidad en el cuerpo deprimido. Es preciso interpretar con una nueva relación de órganos, emociones, cultura y familia para darle un sentido distinto a lo psicósomático y un trabajo en el cuerpo que de oportunidad de crear soluciones distintas a las que hasta ahora predominan en el campo de la salud y no han podido otorgar los resultados esperados, ya que parten de buscar el origen de la depresión en el cerebro, el sistema endocrino y la escasez de la liberación de ciertos neurotransmisores; una enfermedad psicósomática va más allá de dichas explicaciones atomistas y biologicistas que fragmentan al ser humano y lo reducen a un simple organismo.

Si entendemos a la depresión como una enfermedad psicósomática, debemos asumir que ésta tiene un trasfondo sumamente complejo, enmarca no sólo lo que aqueja al individuo, pues no podemos concebir a éste como una entidad aislada del mundo, necesariamente debemos insertarlo, tanto conceptual como metodológicamente, en un contexto particular, y como perteneciente a una cultura y a una sociedad determinadas, las cuales ejercen una influencia considerable en él.

2.2 El cuerpo culturalizado.

Para estudiar un trastorno que acongoja al individuo, como es la depresión, es necesario estudiar no sólo el trastorno visto como el foco que inunda su vida, sino como consecuencia de un largo proceso que ha tenido lugar en su cotidianidad, como algo que se ha construido a lo largo de sus interacciones, en medio de una cultura y más aún de una microcultura como lo es la familia o el medio social donde se ha desarrollado.

En la cultura occidental tenemos ‘incorporada’ una representación dual del hombre que resulta difícil de eludir: lo ‘natural’ es ‘pensar’ lo propiamente humano como una realidad superior a la piel y a la ‘carne’. La religión aumenta esta convicción del hombre común, de que sus males desaparecerán cuando domine su cuerpo, que la mayor parte de las veces aparece como su peor enemigo (Pfeiffer, M. 1998 en Rovaletti, 1998).

El ser humano se reduce a un organismo entrecruzado por fuerzas, dinamismos o nervios, el cuerpo es un mero organismo, visto como la suma de partes intercambiables, conjunto de órganos diferentes, susceptibles de ser reemplazados por otros más eficientes o de ser corregidos.

En la actualidad, la división del cuerpo es rutina en servicios de medicina, este no deja de ser una máquina organizada, un organismo que puede ser explorado y cuyas fallas pueden ser corregidas. De este modo, a pesar de que mi cuerpo es mi punto de vista sobre el mundo, la enfermedad lo reduce a ser un objeto entre objetos.

Así, afirma Pfeiffer (1998, en Rovaletti, 1998) que con la enfermedad, el cuerpo se transforma de ‘sujeto de intención’ en ‘objeto de atención’, el tiempo, en el tiempo de la enfermedad y el espacio queda reducido a las dimensiones del organismo. El cuerpo para el enfermo, deja de ser transparente y empieza a ser una carga pesada, algo de lo que querría deshacerse, separarse. El cuerpo comienza a ser vivido como otro.

La enfermedad entonces nos empuja a separarnos de nosotros mismos, a objetivar una parte de nosotros y considerarla el lastre de nuestra vida. Nuestro cuerpo se vuelve sobre sí mismo, deja de ser nuestro y empieza a ser algo ajeno, es instrumento para otros, se hace cadáver, cosa, órgano de una maquinaria, materia de estudio, de experimentos, etc.

Pero la voluntad de tener un cuerpo sano o el rechazo del cuerpo no son del orden reflexivo, en nuestra vida diaria, nos basta con tener nuestro cuerpo a nuestra disposición, no necesitamos tener una percepción articulada de él, simplemente contamos con él. La enfermedad objetiva nuestro cuerpo justamente porque dejamos de contar con él, se nos hace extraño. Esta posibilidad objetivadora de la enfermedad nos hace partícipes activos de la perspectiva científica, al reducirme a objeto soy un caso, no

soy mi cuerpo, soy un cuerpo. Al relacionarme médicamente, científicamente con mi cuerpo, no me ocupo más de él, me transformo en un objeto a manipular (Rovaletti, 1998). Ya que el deber del médico es combatir la enfermedad y no se visualiza a ésta como una oportunidad para crecer, sino algo que se debe desechar o vencer, lo que implica dominar al cuerpo en vez de crecer en él y con él.

Se hace evidente que para hablar de la depresión como enfermedad psicosomática, es necesario hablar del cuerpo como depositario de emociones y somatizaciones, ¿Cómo sabemos que una persona está enferma? En primera instancia porque refiere algún malestar, algún dolor o algún problema en el cuerpo, mismo que manifiesta la necesidad de ser atendido, que pide que se le preste atención.

Pero ese cuerpo lleva consigo una construcción, no individual, sino cultural en todos los casos. Entendiendo la cultura como el conjunto de normas, valores y reglas que los grupos sociales construyen como sistemas de regulación ética, moral y científica; los cuales son transmitidos y transformados a través de los discursos, experiencias, relaciones y costumbres que se objetivizan en la memoria corporal de los individuos.

Podemos afirmar que todos los procesos somáticos están en gran medida condicionados por las representaciones histórico – culturales, de manera que el cuerpo lleva a cuestas una biografía social. En este sentido, Griffith, J. y Elliott, G. (1996) mencionan que al crecer, las personas suelen aprender a desligar su cuerpo, sus expresiones faciales, tono de voz, respiración, postura y mirada, de su discurso privado, a medida que aprenden, dentro de un discurso público, cómo deben vivir en las sociedades modernas. Así, la escisión del lenguaje y el silenciamiento del cuerpo constituyen, al parecer, el suelo donde crecen los síntomas somáticos.

Todas nuestras emociones se inscriben a nivel del cuerpo. Algunas expresiones como “estoy tenso, crispado o hecho un nudo” subrayan con acierto la correlación entre nuestro estado emocional y la contracción de nuestros músculos. Los tratamientos modernos de bioenergía se fundan precisamente en esta correlación fundamental entre la emoción rechazada y la contracción muscular (Tordjman, 1990).

Es imposible separar la mente y el cuerpo, esto solo se observa en el discurso, pero en realidad, los seres humanos somos una unidad, compuesta por varios elementos sí, pero eso no quiere decir que no estén en conexión e interrelación uno con otros. Todas nuestras emociones son sentidas en nuestro cuerpo, este aprende ciertas formas de reaccionar o acumular energía en determinadas partes.

Plutchik (1968) sugiere que cada estado emocional está vinculado con una postura específica y con cierta expresión del rostro. En relación con cada emoción, también se dan cambios específicos en la bioquímica del sistema nervioso autónomo, el cual regula el funcionamiento de las vísceras y el ajuste de los órganos perceptuales.

El iniciador del campo especializado de las psicoterapias corporales fue Reich, quien introdujo el concepto de *armadura del carácter* para designar el sistema de tensiones musculares, distinto en cada individuo, mediante el cual los neuróticos limitan sus funciones vitales y sexuales, y frenan la expresión de sus movimientos. Reich advirtió que los neuróticos se doblan sobre sí mismos, contraen los músculos y oprimen sus vísceras, lo que va acompañado por un desequilibrio en el funcionamiento del sistema nervioso autónomo. Entre otras razones, los individuos tensan sus músculos en un intento de suprimir las sensaciones de dolor psicológico.

Además de las tensiones musculares, otro modo de neutralizar las sensaciones viscerales dolorosas o desagradables consiste en comer demasiado, el abuso del alcohol y de las drogas, fumar mucho o refugiarse en un mundo de fantasías gratas. Asimismo existen mecanismos que tienen la función de liberar las tensiones de forma involuntaria, tales como suspirar, estornudar o tener pesadillas (Navarro, 1990).

Wilhelm Reich sostenía que en nuestro interior hay energía corriendo por todos lados y que esta energía se va acumulando en zonas específicas de acuerdo a las emociones que predominen en nosotros, de manera general, vale decir que se van formando, lo que él llamó "corazas" o bloqueos y que éstas sirven como un mecanismo de defensa, se van formando bloqueos a nivel corporal que impiden o dificultan el flujo de energía para mantener a un individuo sano y en vez de ello, surge la enfermedad, catalogada ahora, como psicósomática. De acuerdo al tipo de carácter o personalidad son los tipos de

coraza que se van a ir formando y ubicándose en distintas partes, órganos o músculos del cuerpo.

En el caso específico de la persona deprimida, el tono emocional se asocia con ciertas posturas y se relaciona asimismo con la presión arterial baja, el palpitar menos acelerado del corazón, la lentificación de los procesos digestivos y las deficiencias del ritmo respiratorio.

La postura depresiva, junto con los biorritmos corporales lentificados, ayuda a mantener un estado emocional estancado de tristeza, desaliento y falta de ánimo. La depresión también se acompaña de otras sensaciones y emociones molestas como ansiedad, irritación, dolor y tensión muscular (Navarro A. 1990)

Entre las emociones que los depresivos no terminan de asimilar se encuentran el enojo y el disgusto. Reich (1942) sostenía que la ira parece emerger del abdomen, la persona siente que la emoción le sube hacia el pecho y hacia la garganta.

Con respecto a los bloqueos, la mandíbula de algunos depresivos está demasiado echada hacia atrás, como manifestación de control emocional excesivo. También están contraídos los músculos que inclinan la cabeza. Cuando ésta se encuentra doblada hacia el pecho, la mirada tiende a dirigirse hacia el suelo. Para mirar hacia el frente y elevar la vista se necesita forzar los músculos oculares y arrugar la frente. A consecuencia de las tensiones del cuello, se oprimen los conductos de la tráquea y del esófago, mientras que la laringe queda también fuera de nivel, y su presión contribuye a que las personas deprimidas tengan una voz débil, ahogada y quejumbrosa.

Las tensiones del cuello dificultan la circulación de la sangre en el área de la cara y oprimen algunos nervios, de manera que se limita la expresión de las emociones mediante los gestos espontáneos del rostro. Por añadidura suelen originarse dolores de cabeza de origen tensional. El cuello queda acortado y encogido. Los hombros están levantados e indican que la persona vive protegiéndose de los golpes de la vida.

El tórax de los depresivos está habitualmente hundido. Los músculos relacionados con la exhalación profunda están contraídos, y la caja del tórax se traba en posición de colapso. La persona siente que casi no tiene energía y, en efecto, apenas respira. La

función respiratoria es una de las principales fuentes de energía que sostiene el movimiento corporal expresivo de los humanos.

La práctica de la respiración hace que el individuo experimente la conexión que existe entre el cuerpo físico y el espíritu o entre el cerebro y el cuerpo. Desaparece la sensación ilusoria, tan neurótica, de que el cuerpo y la mente son dos aspectos separados que pugnan entre sí. Con la respiración profunda se tiene conciencia de la totalidad del propio organismo.

Muchos depresivos oprimen el espacio que ocupan su corazón y sus pulmones, y con ello frenan anhelos. No llegan a experimentar las emociones que necesitan una respiración más profunda y abierta; por ejemplo, la alegría expansiva o el entusiasmo. Algunos depresivos manifiestan tensiones musculares en el abdomen, padecen constipación (lentificación de las funciones intestinales), colitis nerviosa, acidez y gastritis, etc. Estas y otras alteraciones similares contribuyen a disminuir la vitalidad del individuo.

Las vísceras alteradas generan sensaciones de soledad, dolor profundo, vacío afectivo, rencor, culpa y disgusto ante la vida. Además del dolor psicológico, los condicionamientos viscerales contienen recuerdos tempranos de naturaleza muy negativa e hiriente, por ejemplo, a algunas personas se les dijo que eran horribles por dentro o que no merecían haber nacido. Estos mensajes verbales quedan registrados como una especie de horror a la propia pulsión vital, la cual se intenta frenar a toda costa.

También se presentan bloqueos relacionados con el impulso y la función sexual. A algunos depresivos se les educó de modo demasiado rígido y conservador respecto a la sexualidad, de manera que aprendieron a considerar sus genitales como sucios o peligrosos, circunstancia esta que se refleja en tensiones en los muslos, en los glúteos y en el área del periné. Además la pelvis suele estar trabada y echada hacia delante, con lo que se coarta su libre movimiento, incluso al caminar. Para liberar el reflejo del orgasmo es conveniente eliminar esas tensiones.

Las frases y escenas negativas que recibimos a lo largo de la vida quedan condicionadas y ligadas al clima emocional de la propia imagen corporal, y forman parte de las opiniones que nos repetimos acerca de nosotros mismos, aunque en ocasiones no terminemos de creerlas. El rechazo y el odio de los demás quedan registrados con intenso dolor psicológico y con una mezcla de enojo y miedo; es decir, con culpa. Ésta hace que la persona viva encogida sobre sí misma. Es sabido que la culpa se asocia con la depresión e intensifica los malestares de tipo somático. Las personas que se sienten deprimidas y culpables suelen padecer dolores crónicos.

Los incesantes mensajes de los músculos tensos y de las vísceras contraídas impiden que se produzcan cambios en el estado emocional depresivo. Conforme se eliminan dichas alteraciones, emergen a la conciencia las frases, imágenes y los recuerdos asociados con el dolor psicológico.

Lo anterior permite que se pueda separar de la imagen del propio yo corporal el material introyectado, que comprende las opiniones y actitudes falsas que corresponden a otros pero que no armonizan con la realidad del propio organismo. Se van recuperando, se reconocen y se sienten como propias las energías vitales y los demás aspectos de la personalidad que falsamente se veían fuera del organismo mediante la proyección.

Las psicoterapias corporales ofrecen técnicas para modificar las posturas depresivas, eliminar los bloqueos emocionales y acelerar las funciones viscerales. Con ello se favorece un clima emocional e impulsivo más intenso, espontáneo y placentero.

Hay numerosas técnicas para mejorar la respiración, entre las que se encuentran los ejercicios de yoga. Uno de los principales propósitos de los ejercicios respiratorios es controlar la mente, es decir, desarrollar la capacidad de concentrarse. Debido a que centran la atención en las sensaciones y funciones corporales, los ejercicios respiratorios también pueden disminuir la frecuencia de los pensamientos obsesivos. Las técnicas respiratorias del yoga incluyen el uso de la imaginación; por ejemplo, cuando inhala el individuo imagina que se llena de energía y de luz, y que al exhalar salen de su organismo las impurezas y enfermedades, como también el odio, la violencia y la depresión.

También es conveniente meditar diariamente durante media hora o más. La mayoría de las personas no están acostumbradas a permanecer solas consigo mismas. Temen la soledad, de manera que se rodean de actividades, y si no tienen nada más que hacer encienden la televisión.[§]

Los ejercicios de respiración modificada que ayudan a relajar la caja del tórax son los siguientes: a las personas que tienen el pecho demasiado expandido les conviene insistir en la exhalación del aire. A aquellas que tienen el pecho demasiado hundido les conviene prestar especial atención a la inhalación del aire.

Algunas personas que están aprendiendo a respirar profundamente muestran contracciones musculares en dedos y brazos, similares al tétano. Entonces se suspende la respiración profunda y se da masaje en las manos y los brazos, lo que sucede es que la persona no está acostumbrada a manejar niveles más elevados de energía en sus brazos y manos.

Otro fenómeno común es que las personas se mareen cuando intentan respirar profundamente, lo cual puede ser una reacción de tipo disociativo cuya finalidad es bloquear toda sensación de dolor y evitar la emergencia de los recuerdos asociados con el mismo y con las emociones bloqueadas.

En opinión de Lowen (1972) la persona deprimida, ha perdido el contacto con la realidad, tiene la sensación de que sus pies se apoyan en un terreno que le ofrece poca firmeza y seguridad. Para aliviar esa sensación, Lowen recomienda los ejercicios de “aterrizar”, y se hace descalzo. El simbolismo de este ejercicio es el de abandonarse, aflojarse totalmente y luego permitirse caer, para levantarse de nuevo.

Otro ejercicio que recomienda Lowen (1977) es el del arco, este tiene como finalidad prestar más atención a los propios pies y piernas y asentarlos más firmemente sobre la tierra y se considera como la postura básica de la tensión. Esta postura se utiliza para producir en la persona una sensación de estar conectada o integrada, tener los pies bien firmes sobre el suelo y mantener erguida la cabeza. Practicarlo regularmente, ayuda a la

[§] NOTA: Para una información más detallada sobre el tema de la meditación se sugiere consultar *Deshiman, T. y Chauchard, P. Zen y Cerebro. Barcelona: Cairós*

persona a ponerse en contacto con su cuerpo, sentir sus trastornos y tensiones y entender su significado.

Como observamos, afortunadamente hay otras formas de entender un padecimiento que están lejos de la fragmentación y la visión positivista a la que estamos tan acostumbrados en la sociedad occidental. Es de importancia capital considerar la intervención de la cultura en la construcción de la personalidad y aún más, de las enfermedades y su instalación en el cuerpo.

En este particular, Lang (1998, en Rovaletti, 1998) sostiene que el cuerpo nace dos veces: somática y psicológicamente. El nacimiento natural o biológico es reformado más y más a través de un nacimiento social y cultural, en función de la aparición de un orden humano: la naturaleza se encuentra instrumentada por la cultura y el *cuerpo vivido* se vuelve *objeto*.

Las relaciones familiares juegan un papel preponderante en todo esto y son un proceso importante que conforma la salud y la enfermedad de sus miembros; en este medio el sujeto materializa y somatiza la relación familiar en el cuerpo, sin excluir el proceso histórico social y la cultura en la que se desarrolle. Cada familia estructura sus formas de resistencia o de resignación a la normatividad social y eso se refleja en su manera de ver y sentir el cuerpo humano. Los impactos psicológicos vividos en el interior de la familia quedan registrados en el cuerpo, los cuales más tarde habrán de manifestarse con un lenguaje psicósomático. (Contreras F. 1998, en Rovaletti 1998)

Cada sociedad esboza, en el interior de su visión del mundo, un saber singular sobre el cuerpo. Muchas sociedades no distinguen entre el hombre y el cuerpo como lo hace el modo dualista al que está tan acostumbrado la sociedad occidental. En las sociedades tradicionales, el cuerpo no se distingue de la persona, por lo contrario, se le concibe como parte del macrocosmos que es el universo. En cambio, en el cuerpo moderno se aprecia la ruptura del sujeto con los otros, con el cosmos y consigo mismo.

Desafortunadamente se hace evidente el olvido del cuerpo en nuestra sociedad, se nos dicta como debemos comportarnos en todos los sentidos, existen pautas que dirigen la manera de vestir, de comer y hasta de dormir y sentir. El individuo se enfrenta cada vez

más a una sociedad de consumo que le orilla a olvidarse de sí mismo y a mimetizarse con los demás, negando sus deseos, sus emociones y hasta su propio cuerpo.

Creemos en una cultura de descalificaciones sistemáticas, del temor a equivocarnos y del miedo en general a actuar y a vivir construyendo nuevas opciones en donde nuestra vida fluya de una manera más natural, más como es. (Contreras, F. 2002, en López, R. 2002)

Según Douglas, M. (1978), el cuerpo humano es la imagen de la sociedad, y por lo tanto, no puede haber un modo natural de considerar el cuerpo que no implique al mismo tiempo una dimensión social. Donde no exista una preocupación por preservar los límites sociales no surgirá tampoco la preocupación por mantener los límites corporales. El control corporal corresponderá al tipo de sociedad que valore todo tipo de formalidades, y más especialmente al tipo de sociedad que anteponga la cultura a la naturaleza; bajo esta lógica, a un control social fuerte, corresponde un control corporal igualmente estricto.

Es importante tener en cuenta que el cuerpo social condiciona el modo en que percibimos el cuerpo físico; lo corporal y su representación social tienen un trasfondo ideológico político, donde el principal interés es controlar al ser humano, coartándole su libertad de vivir su cuerpo, de sentir. Así, el individuo deprimido será la concreción y prolongación de un estilo de vida, de una construcción que se instituye heterogéneamente en el cuerpo humano. Según López, R (2000) “el estado corporiza una imagen del hombre que al ser un modelo para sus espectadores, por sí mismo, ordena la sociedad”.

La construcción social es un proceso histórico y determinante en la conformación de un individuo, el curso del desarrollo social tiene importantes repercusiones en la construcción de la identidad, de la forma de vivir el cuerpo y de enfermar. A cada persona le son dadas ciertas normas morales, políticas y éticas que debe seguir a lo largo de su vida y en cada etapa se le dan ciertos roles que debe cumplir, el individuo no tiene la oportunidad de elegirlos, es un sujeto sujetado en una red social que le tiene un estilo de vida y destino preparados.

Los estudios de antropología cultural, han puesto de manifiesto que muchas de las características consideradas como fundamentalmente femeninas, más que vinculadas a determinismos orgánicos, se encuentran profundamente arraigadas a las instituciones culturales que otorgan determinadas pautas, ideales, metas y papeles atribuidos a la mujer y a sus funciones dentro de la cultura. Características como pasividad, ternura, receptividad, falta de agresividad y temor al peligro, todas ellas consideradas en la cultura occidental como específicas de la mujer y derivadas a priori de su condición genética, tienen que ser revaloradas.

La lógica de la convivencia social, lleva consigo el que con el paso del tiempo la percepción permanente de los papeles distintos que se asignan a varones y mujeres se convierta en un tipo o sistema de creencias que, transmitiéndose de generación en generación, hace que se olvide el carácter circunstancial de la asignación.

La investigación psicológica ha intentado delimitar desde diversas posturas, los mecanismos por los que las personas se adecuan a los papeles preescritos y aprenden comportamientos y patrones de actividades apropiadas e inapropiadas para su sexo, aceptando o rechazando las funciones, distintas y desiguales, que en una sociedad monopolizada se asignan según el género (Fernández, J. 1998).

Género es la interpretación de la cultura acerca del material en bruto del sexo biológico, es el equivalente social o interpretación social del sexo. Sexo se refiere a la posesión de una constitución genética y de una anatomía y funcionamiento reproductivos particulares; en general se les señala con los términos masculino y femenino.

El rol de género se refiere a las conductas, actitudes y valores que una sociedad en particular espera o considera apropiadas de varones y mujeres con base en su sexo biológico. Mientras que la identidad de rol de género se refiere a la comprensión y aceptación de los roles de género; es decir, comprender y aceptar la expectativa de que varones y mujeres son diferentes entre sí y que se comportan de maneras distintas (Gross, R. 1998).

Siendo el rol de género el conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado, es la sociedad la

que prescribe la serie de funciones para el hombre y la mujer como propias o naturales de sus respectivos géneros. En cada cultura, se halla rígidamente pautado qué se espera de la feminidad o de la masculinidad. (Dio, E. B. 1991).

La cultura, entendida como forma de vida y de convivencia de un colectivo, conforma el pensamiento y la actuación de las personas y de las instituciones. Los valores prioritarios, los conocimientos científicos incorporados, los comportamientos adecuados, son reforzados por la colectividad. Respecto de las relaciones entre razón y emociones, y su papel en el desarrollo de la persona, nuestra cultura occidental presenta una división muy marcada comparándolas con otras donde pensamiento y afectividad forman un todo, como es el caso de la cultura oriental.

La identidad personal no viene dada como un accesorio más de todo el equipamiento biológico con que llegamos al mundo. Ha de construirse a lo largo del tiempo, nutrirse de experiencias y aprendizajes que vamos adquiriendo a medida que nuestro contacto con el entorno se va haciendo más y más profundo.

Se desarrolla a partir de distintos factores: el cuerpo, la identidad sexual, el nombre propio, los sentimientos y emociones, la autoestima, la familia donde se conforman con la figura de apego los modelos, las expectativas de vida, el rol social y principalmente los valores, la escuela, las relaciones entre iguales, la pertenencia a un grupo más amplio, vivencias de aceptación y rechazo, los valores predominantes, el juicio moral y la identidad de género.

La identidad personal no está libre de la influencia socio-cultural, razón por la que una parte importante de ella queda definida por los roles sociales, es decir, por la forma con que nos hemos acomodado y participamos en la vida social ejerciendo determinados valores. El género tiene dos vertientes: la colectiva, implica que cada persona se adapta a las expectativas de la cultura en la que ha nacido; otra, la individual, se refiere a cómo vive cada persona su propio género. Esta última constituye la identidad de género, que es una parte de la identidad personal, de tal modo que va a guiar nuestra vida.

El género, como instrumento de poder, ha constituido la base de los estereotipos, por medio de los cuales entendemos lo masculino (el hombre) como lo activo, lo instrumental, el agente de la historia, y lo femenino (la mujer) como lo pasivo, lo

expresivo, el sujeto paciente de la historia. Pero la identidad de género no es la única que constituye nuestra personalidad, hay otras identidades a la par, como la de la edad, la pertenencia a un determinado grupo, la de creencias, la ideológica, la cultural y la identidad moral. Las personas, somos los únicos seres que podemos escoger una identidad moral. Pero para elegir entre un abanico de opciones la persona tiene que tener unas identidades, unos atributos, además de un nombre propio, una familia, un territorio, puede tener una religión, una militancia política, etc., es decir una serie de realidades que le definen y que le dicen a ella misma y a los demás quién es. La conciencia de lo que se es, pasa necesariamente por la mirada del otro. La sociedad es el reflejo de los yo y a su vez el yo se alimenta de ese reflejo social. Llegar a ser uno mismo significa tener autonomía, discernir aquello que nos gusta, lo que queremos conservar y rechazar lo que no deseamos tener, aunque se nos hayan dado. Es orientarse más por el propio querer que por las inercias y las obligaciones externas a la voluntad.

La mujer ha sido privada durante siglos de identidades para elegir lo que quería ser, su vida se desarrollaba en un mundo privado con reglas propias y estrechas y sin el reconocimiento social. Sólo se le admitía una identidad, ser mujer. A los hombres se les ha distinguido por sus atributos, no por ser hombres. Los movimientos de mujeres lo que buscan es no quedarse en la propia identidad del grupo. Quieren acceder a otras identidades sin renunciar a la identidad femenina, mezclarse, no renunciar un extremo a favor del otro: la vida pública o la privada, la naturaleza y la cultura, la sensibilidad y la razón, el cuidado y la justicia.

A la mujer a lo largo de los siglos se le ha considerado como un ser inferior al hombre, y por lo tanto ha sido quien ha sufrido más abusos por parte del sexo opuesto, por su supuesta condición de "debilidad". De forma general, el papel que ha desempeñado la mujer a través del tiempo ha sido el de pasiva, sumisa, abnegada, dependiente, maternal y con una disposición a ser servicial. Existen diversos factores que influyen para que se mantenga esta situación y son en primera instancia la familia, que es el primer agente socializador, al inscribir valores que posibilitan el mantenimiento de la jerarquización sexual, de forma simultánea intervienen otras instituciones como la escuela, la religión, y los medios masivos de comunicación quienes se encargan de reforzar dichos comportamientos.

Desde niña, a la mujer se le educa para ser ama de casa, un ser débil, inferior física e intelectualmente a los hombres. A ella no se le permite ejercer su sexualidad abiertamente como al varón, desde pequeña tiene que aprender a desvincularse de sus emociones, a escindir en cuerpo – mente, la mujer no reconoce su cuerpo, sino a través del otro y no se da cuenta de que ese cuerpo va grabando una memoria desde sus primeras experiencias y va albergando emociones, que aunque parezca irónico, le son desconocidas. No obstante, dichas emociones tarde o temprano encontrarán un lenguaje psicosomático por medio del cual expresar lo que le ha sido prohibido reconocer.

Las investigaciones en salud mental han mostrado diferencias en la incidencia de la depresión en función del género, encontrándose que es más probable que las mujeres sufran de este trastorno, en comparación con el género masculino.

Muchos han sido los factores a los que se ha atribuido la causa de tales diferencias. Dentro de las explicaciones biológicas, se ha planteado la posibilidad de la transmisión genética ligada al cromosoma X, y de la fisiología endocrina femenina como responsables de la mayor tasa de depresión en la mujer, pero no se ha encontrado evidencia suficiente para ninguna de las hipótesis biológicas.

Respecto a las explicaciones psicosociales, se han postulado diversas hipótesis. Algunos autores plantean que los valores clásicos de la "feminidad" serían una variante de la indefensión aprendida característica de la depresión. Durante el proceso de socialización, las chicas aprenden a ser indefensas, desarrollando ante las situaciones de estrés un repertorio de respuestas limitado. Además, esas autoimágenes y expectativas son interiorizadas en la infancia, de modo que posteriormente llegan a creer que el estereotipo de feminidad es normativo, esperado y valorado.

Una de las hipótesis más aceptada y que cuenta con mayor evidencia empírica es la que plantea que la depresión de la mujer es debida a su discriminación social, legal y económica, que le lleva a sentimientos de indefensión, dependencia de otros, bajas aspiraciones y baja autoestima.

Las representaciones sociales le asignan al cuerpo una posición determinada dentro del simbolismo general de la sociedad. Sirven para nombrar las diferentes partes que lo componen y las funciones que cumplen, hacen explícitas sus relaciones, penetran el interior invisible del cuerpo para depositar allí imágenes precisas, le otorgan una ubicación en el cosmos y en la ecología de la comunidad humana. Aunque el sujeto tenga sólo una comprensión rudimentaria del mismo, le permite otorgarle sentido al espesor de su carne, saber de qué está hecho, vincular sus enfermedades o sufrimientos con causas precisas y según la visión del mundo de su sociedad, le permite conocer su posición frente a la naturaleza y al resto de los hombres a través de un sistema de valores (Le Bretón, 1990).

Asimismo, una teoría del comportamiento humano se estructura de acuerdo con la concepción que se tiene del mundo donde se vive o con la herencia de un mundo cultural y de una sola perspectiva de lo que es el mundo material inmediato; cada discurso psicológico fue elaborado según las circunstancias y la racionalización de un tiempo y un espacio, una geografía y una cultura dominantes (López, R. 2000)

En este sentido, se hace necesario abordar la depresión, no desde una perspectiva y antropocéntrica, sino desde una visión distinta, más amplia, integrando aspectos no sólo biológicos o fisiológicos, sino también psicológicos, sociales y culturales, entre ellos el género.

2.3 Medicina Tradicional China.

Para la medicina tradicional china el organismo humano es un reflejo microcósmico del universo macrocósmico, todo un mundo interno compuesto por los mismos elementos y energías y sujeto a las mismas leyes naturales que el mundo externo y el cosmos. Los principios universales que rigen todo lo que hay bajo *el Cielo* se conocen como *el Camino o Tao*.

Debido a que el sistema energético humano se encuentra a mitad de camino entre las fuerzas del cosmos (Cielo) y la Tierra (naturaleza), asimila las energías de ambas fuentes y las transforma en los tipos de energía que el organismo humano requiere, la

salud humana no depende sólo del equilibrio energético interno del organismo, sino también de su armonía con los poderes macrocósmicos del Cielo (el cosmos) y la Tierra (la naturaleza).

Desde este enfoque, todo fenómeno o cosa en el universo conlleva dos aspectos opuestos, el **yin y el yang**, los cuales se hallan en contradicción e interdependencia, los antiguos usaban el agua y el fuego para simbolizar sus propiedades. Cualquier cosa que tenga las características de quietud, frialdad, inferioridad, interioridad, oscuridad, inhibición, pertenecen al yin y son similares a las del agua. Mientras que toda cosa que tenga las características de movimiento, calor, superioridad, exterioridad, brillo, vitalidad, excitación, rapidez, etc., pertenecen al yang y son similares a las del fuego.

Decrecer implica perder o debilitar y crecer implica ganar o reforzar, el decrecimiento o crecimiento del yin afecta inevitablemente al cambio de yang y viceversa, en condiciones normales, se mantiene un equilibrio relativo entre estos, en condiciones anormales predominará el yin o el yang y ello dará lugar a la enfermedad. Las relaciones entre yin y yang son usadas en la medicina tradicional china para explicar la fisiología y patología del cuerpo humano y sirven de guía para el diagnóstico y tratamiento.

Los chinos consideran a los seres humanos en función de 3 dimensiones de la existencia inseparables y en constante interacción, estas 3 dimensiones son llamadas **“los Tres Tesoros”**: el *jing* (la esencia, el cuerpo), el *chi* (la energía, el aliento) y el *shen* (el espíritu, la mente). Equivalentes al concepto del budismo tibetano de ‘la Triple Unidad’, formada por la mente, la energía y el cuerpo, según esta concepción, la mente controla la energía y la energía controla al cuerpo para garantizar que el cuerpo produzca energía y la energía sostenga la mente, permitiendo así, garantizar el equilibrio y armonía internos, indispensables para la salud humana y la longevidad (Reid, D. 1999).

Por otro lado, las ‘Cinco Energías Elementales’, que son: la madera, el fuego, la tierra, el metal y el agua se combinan en formas diversas para crear la existencia manifiesta y por lo tanto están presentes en cada reino de la naturaleza y funcionan sin cesar en los tres niveles de la existencia humana: el cuerpo, la energía y la mente que son los Tres Tesoros de la vida.

La teoría de los cinco elementos explica las relaciones entre estos y la medicina tradicional china las utiliza para clasificar en diversas categorías los fenómenos naturales, la mayoría de los órganos, tejidos y emociones humanas e interpreta las relaciones entre la fisiopatología del cuerpo humano y el medio ambiente natural.

Los cinco elementos pueden relacionarse de tres formas distintas: intergeneración, interdominancia, exceso de dominancia y contradominancia.

- La **intergeneración** implica *promover el crecimiento*. El orden de la generación es: la madera genera el fuego, el fuego genera la tierra, la tierra genera el metal, el metal genera el agua y el agua genera la madera. Bajo estas circunstancias, cada elemento es siempre generado y generador y se le denomina relación “madre – hijo”.
- La **interdominancia** implica *control e inhibición mutuos*. Cada elemento puede ser a la vez dominante y dominado, siguiendo el siguiente orden: la madera domina la tierra, la tierra domina el agua, el agua domina el fuego, el fuego domina el metal y el metal domina la madera.

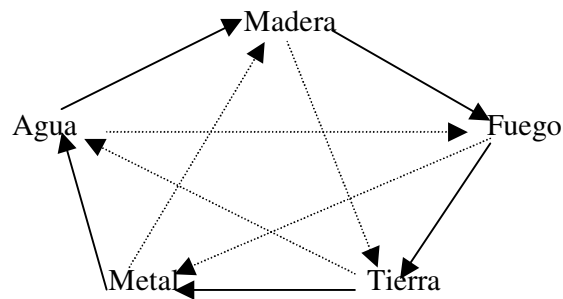


Figura 1. Esta figura representa las relaciones de Intergeneración e Interdominancia entre los cinco elementos enunciados por la Medicina Tradicional China.

Para mantener el equilibrio de las cosas, la generación y control son indispensables, sin promoción de crecimiento no hay nacimiento, pero sin control, este crecimiento sería excesivo y resultaría perjudicial.

- En caso de exceso o deficiencia de los cinco elementos aparece el fenómeno de **exceso de dominancia** o **contra – dominancia**. El *exceso de dominancia* es como el lanzamiento de un ataque cuando la contraparte está débil y lleva el mismo orden que la interdominancia. Mientras que *contra – dominancia* significa atropello y el orden es justamente opuesto al de la interdominancia. Dichos fenómenos se manifiestan simultáneamente, por ejemplo, la madera no sólo puede dominar en exceso a la tierra, sino que también contra – domina el metal; El agua domina en exceso al fuego y contradomina la tierra; el metal domina en exceso a la tierra y contradomina al fuego; la tierra domina en exceso al agua y contradomina la madera; y el fuego domina en exceso al metal y contradomina al agua.

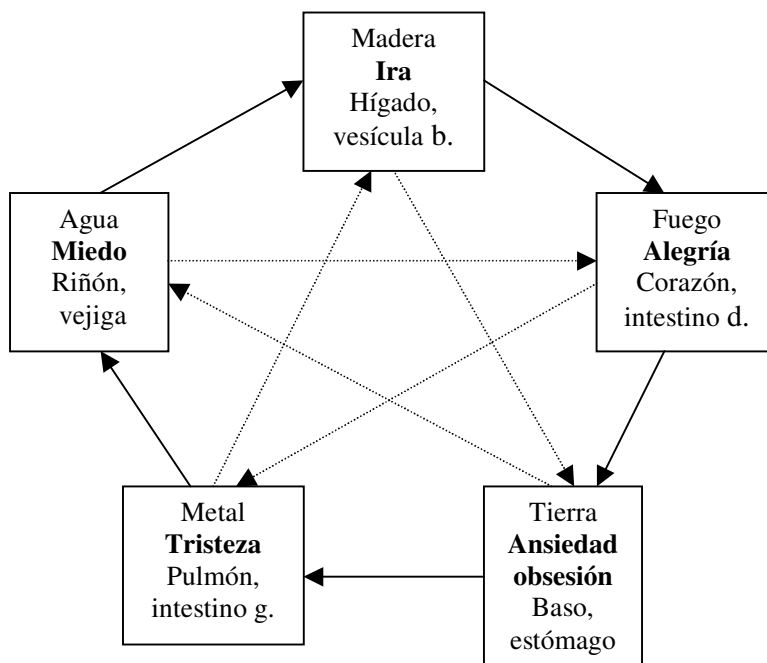


Figura 2. En esta figura se observan las correspondencias de los cinco elementos de la Medicina Tradicional China con las emociones y los órganos del cuerpo. Así como las relaciones de Intergeneración, Interdominancia y Contradominancia que se dan entre los mismos.

Si el mecanismo de equilibrio natural no funciona, debido a una obstrucción o a algún otro problema del sistema energético humano, este desequilibrio no tarda en manifestarse somáticamente, dando origen a una enfermedad. Ya que además, cada uno de estos elementos guarda relación con algún órgano y éstos a su vez con alguna emoción. La madera, se relaciona con el hígado y la vesícula biliar y éstos albergan la emoción de ira. El fuego se relaciona con el corazón y el intestino delgado y predomina la alegría. La Tierra con el bazo y el estómago, relacionados con la obsesión y la ansiedad. El Metal con los Pulmones y el Intestino grueso, y albergan la tristeza. Y por último, el Agua, se relaciona directamente con los riñones y la vejiga, los cuales guardan el miedo.

La medicina tradicional divide a los órganos en tres clases, según sus funciones fisiológicas, así, los seis **órganos zang** se encargan de formar y almacenar las sustancias nutritivas fundamentales, en ellos están incluidas las esencias vitales **qi** (energía vital), **xue** (sangre) y los líquidos corporales. Por su parte, los **órganos fu** se encargan de recibir y digerir los alimentos, absorber las materias nutritivas, transformar y excretar los desechos. Además de estos, existen los **órganos extraordinarios**, entre ellos están el útero y el cerebro. La función del útero es controlar la menstruación y nutrir al feto. **El útero se relaciona con el riñón y el hígado**, pues sólo cuando la esencia del riñón es suficiente el periodo menstrual puede ser periódico y la fecundación y el crecimiento del feto factible. Por su parte, el hígado juega un papel importante en la menstruación, ya que almacena la sangre y regula el volumen de la circulación sanguínea.

El cerebro también se relaciona con los riñones, ya que éstos producen la médula, el cerebro es el mar de la médula y cavidad del Shen original, lo que guarda estrecha relación con las actividades mentales de los seres humanos. Si la esencia renal no es suficiente, el espíritu original no conserva lo que mantiene, entonces hay envejecimiento prematuro, disminución de la inteligencia, falta de memoria y amnesia. Los riñones atesoran "la esencia vital" y "la voluntad". Cada órgano *zang* se comunica con un órgano *fu*, además, toma un órgano de los sentidos como su salida y se relaciona con algún tejido.

Cinco elementos	Cuerpo Humano				
	Órganos Zang	Órganos Fu	Los cinco tejidos	Órganos de los sentidos	Emociones
Madera	Hígado	Vesícula	Tendón	Ojos	Ira
Fuego	Corazón	Intestino delgado	Vasos	Lengua	Alegría
Tierra	Bazo	Estómago	Músculos	Boca	Ansiedad
Metal	Pulmón	Intestino grueso	Piel y pelo	Nariz	Melancolía
agua	Riñón	Vejiga	Huesos	Orejas	Miedo

Tabla 1. En esta refleja la relación de los cinco elementos con el cuerpo humano.

Las principales causas internas de enfermedad en la medicina china se llaman **las Siete Emociones**: la alegría, la ira, la ansiedad, la meditación, la tristeza, el miedo y el terror y son las olas desenfrenadas de energía salvaje que se desbandan por todo el organismo como consecuencia de reacciones emocionales extremas frente a los acontecimientos externos. La naturaleza esencial de la emoción y su papel en la salud humana, son fáciles de comprender cuando se considera la emoción como una energía en movimiento. Ya fuera del control tanto del cuerpo como de la mente, la emoción se convierten una energía anómala rebelde que irrumpe en el organismo y daña el terreno interno.

Todas las emociones provocan respuestas fisiológicas específicas en todo el organismo humano. Una respuesta emocional normal y bien equilibrada sigue su curso a través del sistema energético sin producir ningún daño, mientras que las emociones humanas superiores y más edificantes espiritualmente como el amor, la compasión, la devoción producen efectos realmente curativos en el cuerpo.

Pero cuando prevalecen las emociones negativas como la rabia y la aflicción y cuando se permite una respuesta emocional extrema o explosiva se desencadenan una serie de reacciones fisiológicas que producen mucho daño en los órganos, debilitan la inmunidad y abren las puertas a la enfermedad. Así, las emociones pueden trastornar la

función de los órganos zang – fu. Por ejemplo, la ira perjudica al hígado, la alegría excesiva daña al corazón, la tristeza y ansiedad excesivas dañan a los pulmones, la meditación excesiva lesiona al bazo y el miedo al riñón.

La diagnosis tradicional china considera los síntomas externos de la enfermedad como un reflejo fisiológico de los desequilibrios internos del sistema energético. No debemos perder de vista que a pesar de que los órganos de todas las personas sean iguales, la manera en que las energías y los órganos responden a las influencias externas varía considerablemente en una persona o en otra y precisamente estas diferencias son las que juegan un papel decisivo en la manera en como se desarrolla determinada enfermedad en un individuo particular. La medicina china reconoce que los mismos síntomas en distintos pacientes pueden tener causas muy diferentes.

Así tenemos que la concepción del cuerpo que maneja la acupuntura está sostenida en la analogía con un micrososmos en armonía que, al ser violentado, produce desequilibrios energéticos en el cuerpo; el desequilibrio puede tener orígenes diversos que van desde los alimentos que se consumen, la forma en como se respira, el lugar donde se vive, el tipo de trabajo, las formas de expresar los sentimientos y cómo se vive la sexualidad entre otras cosas.

Para la medicina china la raíz de la mayoría de las enfermedades obedecen a un grave desequilibrio de los diversos sistemas energéticos de los órganos del cuerpo, las emociones que se instauran en ellos y en general, la falta de armonía de todo el organismo.

La enfermedad, en la medicina china, representa un fallo en la atención sanitaria preventiva, la salud es una responsabilidad que comparten por igual el médico y el paciente, en contraposición con la medicina positivista, en la cual el médico tiene el poder sobre el cuerpo del paciente y éste sólo es un sujeto pasivo que se pone en manos de aquel.

En la medicina tradicional china se pone especial atención en la prevención de los desequilibrios y por lo tanto de las enfermedades. En esa cultura los médicos diagnostican y tratan todo el organismo humano, en lugar de ocuparse de cada una de

sus partes por separado, y de contar con varios especialistas como en la medicina occidental. Además, los síntomas son tratados, no sólo en términos de su relación funcional con el organismo humano en su totalidad, sino además, con los factores externos del ambiente en el cual aparecieron. Ellos curan la raíz del problema, en vez de ‘atacar’, solo lo superficial.

Por otro lado, mientras que la medicina occidental moderna emplea la tecnología como un arma para luchar contra las fuerzas de la naturaleza que intervienen en las enfermedades, tomando el cuerpo como campo de batalla, la medicina china procura aprovechar, armonizar y desviar las energías malignas a fin de volver a equilibrar todo el organismo humano.

En cambio, la medicina occidental sólo reconoce el cuerpo (o soma) y la psique, como unidades independientes y los atiende de manera separada en los servicios de salud. Lo principal es el cuerpo físico, la energía es considerada sólo como un mero derivado del metabolismo fisiológico y la conciencia un producto del cerebro y apenas son consideradas las interacciones entre estos.

Para la medicina china, la enfermedad física es la última manifestación sintomática de antiguos desequilibrios, deficiencias, obstrucciones y otras anormalidades crónicas en el flujo y los patrones del sistema energético humano. Por ello se utiliza la detección y corrección de los patrones anormales de la energía antes de su manifestación somática.

Especialmente el hígado se relaciona con la depresión y la ira. La depresión prolongada o la ira debilitan al hígado afectando su función de drenaje y dispersión. Y también la falta de función del hígado viene acompañada frecuentemente de los cambios emocionales tales como depresión e irritabilidad. Lo cual crea un círculo vicioso de autodestrucción.

La depresión encuentra sus orígenes principalmente en el elemento madera, también la encontramos en el elemento agua y ocasionalmente en el metal, de tal manera, la emoción que se deposita en los órganos desde el inicio de la enfermedad es comúnmente la ira, el sentimiento de enojo se guarda en el hígado y el sujeto comienza a manifestar afecciones relacionadas con éste. Dicho enojo llega a ser tan extremo que

disminuye el qi del hígado, perturba la salud del sujeto y lo lleva a un estado depresivo. Este desequilibrio energético puede ser favorecido por la dinámica familiar, especialmente una relación conflictiva con alguno de los progenitores, también intervienen la percepción de ser poco valioso e inadecuado y la incapacidad para manifestar los resentimientos y frustraciones, lo que ocasiona que el cuerpo se vea en la necesidad de expresarlo psicosomáticamente.

Pero en la depresión no siempre se experimenta ira, sino también miedo extremo, generalmente temor por perder a alguna figura representativa que simboliza la fuente de satisfacción primaria y afectiva, generalmente la madre. Debido a que esta emoción encuentra su gestación en los primeros años de vida, la persona se encuentra en pocas posibilidades de expresarlo abiertamente, de tal forma que deposita dicha emoción en su riñón y/o vejiga, alterando así su ciclo energético y con ello su salud.

Raramente se observa que el inicio de la depresión corresponda al elemento Metal, el cual se relaciona con la tristeza, si bien es cierto que esta emoción siempre se presenta en los estados depresivos, pocas veces es la detonante de la misma. Durante los periodos de tristeza, contrario a los casos anteriores, se observa un predominio de yin, el sujeto presenta inhibición, apatía, desánimo, escasa energía y en ocasiones nula motivación para realizar las actividades cotidianas. La preponderancia de yin, irrumpe con el equilibrio energético e incapacita al sujeto.

Mientras que yang es característico de las emociones de ira y miedo, la persona se torna eufórica, no puede permanecer atenta y dirigir su energía a una sola actividad, en ocasiones llega al extremo de la manía y llega a ser desbordante la forma en que se activa su energía.

El dolor de cabeza y el insomnio son algunos de los síntomas que presentan las personas deprimidas. En este sentido, cabe mencionar que el dolor de cabeza persistente y recurrente se debe al estancamiento de sangre. El insomnio acompañado de mareo y palpitaciones del corazón indica generalmente falta de sangre para nutrir el corazón, por debilidad del corazón y el bazo.

En las personas depresivas la relación de La Triple Unidad, conformada por mente, energía y cuerpo se ve alterada, ya que la mente no logra controlar la energía, la inhibición o excitación de ésta desestabiliza al cuerpo así como la función de los diferentes órganos, el cuerpo no tiene control sobre ella y por lo tanto no puede producirla de manera tal que sostenga la mente. Por ello observamos que los depresivos manifiestan incapacidad para concentrarse y funcionar como habitualmente lo hacen las personas libres de enfermedad.

Las relaciones entre los cinco elementos se encuentran alteradas y no se da una relación de Intergeneración que pueda sostener la armonía interna, en vez de ello la energía no fluye adecuadamente y se presentan relaciones de Interdominancia y Contradominancia observándose ésta última en los casos más patológicos.

CAPÍTULO 3

ANÁLISIS DE RESULTADOS

INTRODUCCIÓN

Desafortunadamente se hace evidente el olvido del cuerpo en nuestra sociedad occidental, donde se nos dicta como debemos comportarnos en todos los sentidos, existen pautas que dirigen la manera de vestir, de comer y hasta de dormir y sentir. El individuo se enfrenta cada vez más a una sociedad de consumo que le orilla a olvidarse de sí mismo y a mimetizarse con los demás, negando sus deseos, sus emociones y hasta su propio cuerpo. Una de las consecuencias de esta disociación del ser humano, de la instalación de emociones negativas en el cuerpo como son el miedo, la ira o la tristeza, por la incapacidad de satisfacer sus deseos y necesidades por las constantes dificultades para convivir en armonía con su medio social, cultural y geográfico es la depresión.

En una sociedad industrializada como la nuestra, es cada vez más difícil para el ser humano mantenerse en equilibrio consigo mismo y con el cosmos, manejar sanamente sus emociones y conflictos, facilitado también por el estilo de vida tan competitivo, sedentario, donde hemos aprendido a quitar la atención de nosotros mismos, de lo que nos ocurre interiormente y centrarnos más en lo de afuera, en el afán de acumular cosas materiales y estar a la altura de las expectativas sociales, políticas y económicas.

La palabra depresión es utilizada coloquialmente tergiversando el verdadero significado, sugiriendo la presencia de una enfermedad mental, comúnmente utilizada para expresar un estado anímico decaído o una forma de tristeza que puede ser muy ligera y temporal, utilizando la palabra sin darle la seriedad que merece. Por esta razón, es importante tener un panorama completo acerca de los síntomas potenciales que pueden presentarse en caso de depresión, porque la falta de conocimiento al respecto puede conducir a que la depresión no sea diagnosticada y por lo tanto, causará desdicha innecesaria y quizá llevará a la persona a intentar quitarse la vida, aclarando que no todas las personas depresivas, incluso las que han llegado a grados más severos, padecen todos los síntomas y la manera en la que los presentarán variará de una persona a otra.

Las personas al sentir un desequilibrio en su cuerpo, al primer especialista de la salud que acuden es al médico general, el cual desconoce la profundidad de los sentimientos

de tristeza, y de los demás síntomas que la acompañan, así que en vez de tratar el padecimiento, anima a sus pacientes diciéndoles que deben salir adelante, que luchen y ese tipo de cosas, como si fuera tan fácil. La falta de tiempo y lo poco que saben acerca del paciente es, en parte, el obstáculo para poder hacer un diagnóstico acerca de la depresión. También es cierto que algunos médicos no están relacionados con la enfermedad desde un punto de vista psicológico, sino que, lo atribuyen a aspectos neuroquímicos, por lo que optan por recetarles antidepresivos, fragmentando el cuerpo y olvidando que lo orgánico, el estilo de vida, la concepción psicológica y espiritual no pueden separarse.

El fenómeno de la enfermedad queda entonces relativizado, su evolución no sólo depende de lo que padece el sujeto, depende también de lo que el médico le quiere curar. En el caso particular de la depresión ésta ha sido explicada desde una visión fragmentaria donde las causas que la originan son atribuidas principalmente a factores fisiológicos heredados genéticamente, mucho se ha hablado acerca del déficit de algunos neurotransmisores, como la serotonina por ejemplo, para explicar las diversas manifestaciones clínicas de la depresión y los tratamientos más utilizados hoy en día se dirigen sólo a la prescripción de fármacos que alivien temporalmente los síntomas que en muchos de los casos llegan a ser incapacitantes.

Con lo cual se observa el olvido del cuerpo, hay un olvido de las emociones que generan un estado depresivo, mucho menos hay un interés o preocupación por indagar la manera en que se fue instalando este padecimiento en un sujeto particular, lo cual puede entenderse por la concepción que predomina en nuestra cultura occidental acerca del paradigma salud - enfermedad.

Cada sociedad, esboza en el interior de su visión del mundo, un saber singular sobre el cuerpo. Muchas sociedades no distinguen entre el ser humano y el cuerpo como lo hace el modo dualista al que está tan acostumbrado la sociedad occidental. En otras sociedades como la China, el cuerpo no se distingue de la persona, por el contrario, se le concibe como parte del macrocosmos que es el universo. En cambio, el cuerpo moderno pertenece a un orden diferente, implica la ruptura del sujeto con los otros, con el cosmos y consigo mismo. Sin embargo, si bien, cada sociedad construye su modelo corporal, el

proceso de apropiación de cada individuo es distinto, por lo tanto, debe abordarse como tal.

El presente capítulo está enfocado precisamente a dilucidar el proceso de construcción de la depresión en varios sujetos, en su mayoría mujeres, partiendo de su geografía particular, de su historia de vida, de las interrelaciones con las personas significativas al interior de su familia de origen, que promovieron determinadas emociones como el miedo, la angustia, la ira o la tristeza.

Se observa también cómo se han instalado cada una de estas emociones en los diversos cuerpos afectando determinados órganos y cómo la incapacidad para manejar dichas emociones negativas fueron llevando a las mujeres a enfermar de depresión. Partiendo de la hipótesis de que lo emocional y lo orgánico se construyen en un conjunto, por lo que no es posible concebir un órgano fuera de las posibilidades de una emoción y viceversa, se apreciará el desequilibrio energético y el movimiento del conflicto de un órgano a otro mientras éste permanezca no resuelto.

Dicho análisis está sustentado en la Teoría de los cinco elementos de la Medicina Tradicional China, la cual sostiene que una emoción o sentimiento se relaciona con un órgano y viceversa. Cuando la emoción domina se instala en el órgano, lo que permite que la persona manifieste trastornos energéticos en él, al romperse el equilibrio que se guarda entre el órgano y la emoción.

La ruptura del equilibrio energético está en estrecha relación con las condiciones de vida y las formas en que se expresan los sentimientos, cómo se vive, con o sin estrés, los cuidados del cuerpo, tipo de trabajo y alimentación, las formas en que se guardan los rencores, abandonos afectivos, sobreprotección, resentimientos, etc., en la relación familiar.

Partiendo de la premisa de que el entendimiento del proceso de enfermar de un individuo no puede comprenderse al margen de su contexto, de su historia, de la época en la que vive y del género al que pertenece, es importante referir que la construcción de la identidad de la mujer ha sido edificada desde fuera, desde el exterior, desde las instituciones y no está dada desde dentro, desde lo biológico como se cree o como se ha creído.

El cuerpo es una ventana abierta a nuestra identidad, es el lugar donde se manifiestan los signos de nuestra condición social, el carácter de una cultura, las formas de vivir y de pensar, la dominación normativa e ideológica a la cual estamos sometidos. El cuerpo debe ser entendido en primera instancia como un objeto social. Su definición y uso son aprendidos y regulados social y culturalmente. Toda expresión corporal es aprendida a través de técnicas y usos corporales presentes en los rituales de la vida diaria, el cuerpo es una realidad social y a la vez subjetiva.

El cuerpo femenino ha recibido especial atención desde el siglo XIX, al asignarlo al campo de la medicina y crearle una especialidad exclusiva para su cuidado. La ginecología se dedicó a estudiar la naturaleza femenina, la cual siempre fue concebida como constitutivamente patológica, a diferencia de la naturaleza masculina, que siempre representó la salud y el modelo anatómico, fisiológico, moral y emocional, el ideal (Oliva, L, 1998).

La medicina occidental, también conocida como científica, ha medicalizado una serie de eventos fisiológicos de las mujeres como la menstruación, el embarazo y actualmente la menopausia, pero también ha impuesto un significado a la salud mental de las mujeres, como ocurrió en el siglo XIX, cuando se le imputó al útero su condición de eternas enfermas. Actualmente, las estadísticas y la práctica clínica demuestran que es mayor el número de mujeres depresivas en relación con las cifras de varones. Este es un fenómeno que evidentemente ocurre así, pero que requiere de elementos varios para interpretar las cifras y no adjudicar mecánicamente este fenómeno a la supuesta naturaleza femenina. En principio, aseguramos que la sociedad le impone a los cuerpos, a partir de su anatomía y de su sexo, una identidad de género y de personalidad. Es por medio de un proceso socializador por el cual se enseña a la mujer desde los primeros años a comportarse de acuerdo al rol sexual femenino vigente en una determinada sociedad, ocupando un lugar privilegiado la educación informal que es adquirida en la familia y en los contactos sociales que tiene con el mundo externo, donde se ven reforzados sus comportamientos considerados como femeninos. Se le impulsa a ser dependiente, cariñosa, pasivas y a no ser agresivas, pero además se le ha adjudicado un lugar poco privilegiado en comparación con el varón, a quien se le atribuyen características de poder, inteligencia y fortaleza (Oliva, L. 2002).

El tipo de educación promueve en la mujer una autoestima baja, un autoconcepto pobre y facilita que vaya interiorizando características de inferioridad y debilidad, las cuales se van instalando en su cuerpo desde sus primeros años de vida. Nosotros creemos que no hay sentimientos naturalmente inherentes a un sexo, creemos que hay un cuerpo que es significado de cada cultura a partir de su sexo, de su clase social, de su grupo étnico de referencia, entre otros tantos elementos materiales e imaginarios. Hay tantos cuerpos como historias de amor, de abandono, de cuidado o descuido existen. El hecho de que sean las mujeres las que presentan las estadísticas más altas de depresión, no significa que les sea un padecimiento constitutivo, sino que este mismo evento requiere de una reflexión filosófica más amplia. Las emociones de rechazado, abuso y maltrato van desestabilizando la energía interior y debilitando el qi de los órganos. Esto es importante por que de ello depende la forma en que la persona elabora su proceso psicosomático, lo deposita en algún órgano, articulación o se produce alguna sintomatología que bien puede ser migraña, estreñimiento, colitis, infección de vías urinarias o depresión. Por ello, el objetivo del presente análisis es brindar elementos sustantivos que permitan abordar la depresión desde una visión holística, esclarecer la ruta de la enfermedad en cada persona, a la luz de su propia historia de vida y desde otra forma de entender el proceso salud –enfermedad otorgado por el enfoque de la Medicina Tradicional China, en especial, la teoría de los Cinco Elementos.

MÉTODO.

Objetivo general:

El objetivo general de la investigación es analizar el curso de desarrollo de la depresión en el cuerpo de distintas personas a lo largo de su vida, partiendo de la indagación de sus experiencias y relaciones más significativas al interior de su familia. Determinar qué emociones predominan y dieron origen a dicho padecimiento y observar los órganos que fueron afectados a través del ciclo energético de la enfermedad.

Objetivos específicos:

- 1.1 Identificar cómo ha vivido cada persona su cuerpo y cómo ha conformado su identidad a partir de su dinámica familiar particular.
- 1.2 Dilucidar de qué manera han influido sus relaciones significativas con algunos integrantes de su familia para la gestación de determinadas emociones en su cuerpo.
- 1.3 Reconstruir la historia de la depresión en cada caso particular, observando si hay algún “común denominador” en dicho proceso de construcción entre las personas entrevistadas.
- 1.4 Observar el abordaje de dicho padecimiento por los profesionales de la salud y si éste ha sido efectivo para la cura de la depresión en todos los casos.

Metodología:

La investigación que se llevó a cabo fue de tipo cualitativo, y se utilizó el método “Historia de Vida”. Las Historias de Vida están formadas por relatos que se producen con una intención: elaborar y transmitir una memoria, personal o colectiva, que hace referencia a las formas de vida de una comunidad en un periodo histórico concreto; y surgen a petición de un investigador. Ésta tiene la capacidad de recuperar la memoria y de narrarla desde los propios actores (Tuiran, R. 1999).

La metodología de las historias de vida ofrece un marco interpretativo a través del cual el sentido de la experiencia humana se revela en relatos personales en un modo que da prioridad a las explicaciones individuales de las acciones más que a los métodos que filtran y ordenan las respuestas en categorías conceptuales predeterminadas.

En la Historia de Vida, una persona refiere en un relato el desarrollo de su vida desde su propio punto de vista y sus propios términos. Espontáneamente o acompañado de un entrevistador, el sujeto va desgranando en una serie de entrevistas, acompañadas, a veces, de grabaciones magnetofónicas, o a través de redacciones escritas por él mismo, visitas a escenarios, diversos, entrevistas a familiares o amigos, fotografías, cartas, etc., los diferentes episodios o etapas de su vida.

El investigador que intenta fabricar una historia de vida no pretende un relato objetivamente verdadero de los hechos, sino un relato subjetivo que refleje fielmente cómo el sujeto los ha vivido personalmente. En principio, una Historia de Vida abarca todo el recorrido biográfico de un individuo, aunque, en el momento de su planteamiento inicial lo mismo que en el de su acabado final, el investigador está interesado en destacar sólo algunas dimensiones o algunos momentos significativos de esa totalidad vital.

De acuerdo a los fines de la presente investigación, las entrevistas que se llevaron a cabo estuvieron enfocadas a las experiencias más significativas que contribuyeron a la construcción de la depresión en cada caso particular.

Posteriormente se procedió a la transcripción de todas y cada una de las entrevistas. Una vez transcritas se sacaron categorías para agrupar los elementos más representativos de cada caso y facilitar el análisis ulterior.

Sujetos: Se trabajó con 10 personas de entre 15 y 66 años que actualmente padecen depresión, de las cuales 9 son mujeres y sólo uno es hombre, sin importar su nivel socioeconómico. También se incluyó a dos mujeres que no padecen depresión, pero que tienen alguna relación de parentesco con las entrevistadas. Cabe mencionar que algunos de los sujetos pertenecen a la misma familia.

Es pertinente aclarar que los nombres que aparecen a lo largo de la investigación son fraguados, la intención es mantener el anonimato de las personas que amablemente colaboraron en la consecución de este trabajo.

Lugares y escenarios: Las entrevistas se llevaron a cabo en el domicilio de las personas, generalmente en la sala o alguna recámara en donde únicamente se encontrara el entrevistador y el sujeto de estudio.

Instrumentos y aparatos: Se hizo uso de una grabadora para registrar las entrevistas y dos guías de entrevista, una para las personas depresivas (ver anexo 1) y otra para los familiares (ver anexo 2).

Descripción de los materiales: Se utilizaron hojas blancas, bolígrafo, lápiz, pilas y cassettes.

PROCEDIMIENTO

Número de sesiones, fases, ensayos: Las entrevistas se llevaron a cabo en 12 sesiones, una por cada caso con una duración de entre dos y tres horas.

Formas de muestreo y tipos de análisis: La realización de las Historias de Vida constó de cinco fases:

1. *Los preparativos.* En esta fase se determinó con qué sujetos se iba a trabajar en función de un criterio, en este caso personas que padecieran depresión y familiares.
2. *Recolección de datos.* El entrevistador procedió a hacer un contacto inicial vía telefónica con cada uno de los sujetos, explicando someramente el objetivo de la investigación, la cuestión de la confidencialidad, el tiempo de duración de la entrevista y solicitando su participación en el proyecto. Una vez establecido ello, se concertaron las citas, acordando fecha, lugar y hora de las entrevistas.
Inmediatamente antes de iniciar cada sesión, como parte del rapport se hizo un recordatorio de todo lo anterior y se pidió autorización a cada una de las personas para grabar las entrevistas de forma magnética, haciendo énfasis en la confidencialidad de la información y el anonimato.
3. *Almacenamiento.* Se registró toda la información de las entrevistas en cintas de grabación y se hicieron notas de datos relevantes durante la misma. Posteriormente se transcribió en papel dicha grabación, ordenándola, por tema de manera que reflejara una descripción densa, contextualizada y cronologizada, que diera indicios sobre la construcción de la depresión a lo largo de la vida de la persona para facilitar su análisis posterior (Véase anexo 3).
4. *Presentación de resultados:* Para la presentación de los resultados se procedió a:
 - a) La agrupación de la información por categorías que incluían diversos temas (Véase anexo 4).
 - b) La elaboración de tres tablas con tres temáticas distintas: ‘Familia Actual’, ‘Familia de Origen’ y ‘Padecimiento’.

- c) Se realizó un análisis por caso, el cual va dividido en: Estructura y dinámica familiar, desarrollo de la depresión y los efectos del tratamiento recibido para la misma.
- d) Finalmente se realizó un análisis por tópicos para presentar los factores comunes y diferencias más significativas en los diversos casos de depresión.

“ANÁLISIS DE CASOS”

Para poder dilucidar la construcción de la depresión en cada una de las entrevistadas, es importante partir de la organización de la información que al analizarla, nos dió cuenta del proceso de apropiación de los roles fundados en la familia y las relaciones que dieron origen a ciertas emociones como la ira, el miedo, la tristeza y la angustia y cómo éstas fueron gestándose en los diferentes órganos al grado de devenir en un estado depresivo.

Se decidió presentar cada uno de los casos de manera individual para no perder de vista las particularidades propias de la historia de cada mujer y la edificación de la depresión en ellas. Cuya exposición se encuentra dividida en tres tópicos:

1. La primera, denominada “*Estructura y dinámica familiar en la conformación de la identidad*” se desarrolló considerando la importancia de las vivencias desde las primeras experiencias de vida en el núcleo familiar de origen y su impacto en la construcción de la propia identidad, lo cual incluye el género y vínculos con figuras representativas. Este apartado es el primero debido a que proporciona un amplio panorama sobre el contexto donde se desenvuelve el sujeto. Al final del mismo se incluye un familiograma gráfico que permite observar de manera esquemática la estructura familiar, por cuantas personas está compuesta, qué número de hijo ocupa, a quien privilegia en la esfera afectiva y a quien le atribuye un lugar desventajoso.
2. La segunda tópica se llama “*Inicio de la enfermedad con (miedo, ira, angustia o tristeza, según sea el caso) y dinámica de la depresión*”. Por medio de la cual se explica la ruta de la enfermedad, iniciando con la emoción particular que dio origen al padecimiento, las experiencias relacionadas con ello; continúa con los desequilibrios energéticos que fueron afectando algunos órganos y como todo ello finalmente devino en depresión.
3. “*El abordaje de la depresión desde la medicina positivista*” es el título de la tercer tópica, donde finalmente se aprecia el tipo de ayuda profesional al que han

recorrido todas y cada una de las entrevistadas, se enuncian los tratamientos que les han prescrito y la eficacia de los mismos para la erradicación o disminución de los episodios depresivos.

Se procuró que el orden de la presentación de los casos guardara relación con el parentesco entre algunas entrevistadas para permitir al lector familiarizarse con el contexto familiar de las mismas y facilitar el análisis integral posterior.

Ana.

Estructura y dinámica familiar en la conformación de la identidad.

Ana es una mujer de sesenta y seis años de edad, es casada desde los diecinueve años, tiene nueve hijos, cuatro hombres y cinco mujeres, todos casados ya. Sólo cursó hasta la primaria, su situación económica siempre ha sido precaria, aunque ha mejorado a través de los años. Únicamente ha trabajado en los momentos en que su esposo no lo ha podido hacer por cuestiones de salud. Básicamente ella ha recibido una educación tradicionalista y rígida, en donde su rol está claramente delimitado y es el de ser madre y esposa abnegada.

Proviene de una familia separada de seis hijos, dijo que todos se llevan por dos años, ella es la mayor, le sigue Yaki, después un varón que murió al nacer, Hugo, Gabriela y Emanuel quien falleció hace dos años de un infarto.*

Refiere haber tenido una buena relación con Yaki, no así con Gabriela, quien, a decir de ella, era muy terca. Como hijas mayores, a ella y a Yaki, su madre les delegaba varias responsabilidades del hogar, así como lavar y planchar al resto de sus hermanos, la justificación para ello era que “mi mamá siempre se quejó de que le dolía su vientre, a partir de que nació mi hermano el más chico y pus decía ella que por eso no hacía las cosas”. Cabe mencionar que Ana comentó esto con enojo y también menciona que quien se encargó principalmente de su crianza fue su padre.

Sus padres vivieron en unión libre hasta que ella tenía once años de edad, se separaron porque “mi papá quería tener casa chica y casa grande”. Con respecto a la pareja de sus padres, refiere momentos significativamente positivos y otros dolorosos. Los primeros se centran en las veces que ella presenciaba cuando sus padres se hacían caricias: “nos acostaban y se ponían a bailar mi papá y mi mamá diario, yo los veía como bailaban, como se besaban, como se acariciaban, como si fueran novios”. “Como novios en el cine, besándose, acariciándose, era muy bonito eso y luego dale ese cambiazco tan feo,

* Al final del apartado *‘Estructura y dinámica familiar en la conformación de la identidad’* en cada caso, se incluye un Familiograma Gráfico para ayudar en la comprensión de la estructura familiar de cada entrevistada. Para mayor información se puede consultar *‘Enfoques en Terapia Familiar Sistémica’* de: Inmaculada Ochoa de Alda (1995).

muy radical, por eso me dolió más a mí, yo soy la mayor. Antes mi papá no nos pegaba”.

La separación de sus padres fue un parte aguas en su vida y desde entonces la ausencia de su padre le dejó una herida que hasta el momento no ha sanado: “Yo no recuerdo una navidad, un año nuevo con mi papá y eso para mí es muy triste, cada que se tienen esas fechas, recuerdo eso y me duele mucho”.

A raíz del abandono de su padre, la madre de Ana intentó suicidarse en una ocasión en presencia de sus hijos: “nos echó a todos al patio, roció el taller de gasolina, se bañó ella de gasolina y afortunadamente no encontró los cerillos, si no mi mamá se arde completa”. Ana refiere que a partir de dicha separación comenzó a imperar un clima de violencia en su casa “a partir de ahí empezó el infierno”.

Sus padres se golpeaban e insultaban el uno al otro “y yo como la mayor de cinco hijos me metía en medio de los dos para separarlos, me tocaban a mí los guamazos también”. Ana asumió los problemas de sus padres como propios e intervenía siempre que tenía oportunidad aún a costa de su integridad física.

Esta violencia era frecuente: “En una ocasión mi mamá se puso a tomar de la decepción de mi papá, llega él en la noche y la vio como estaba borracha, le pegó, la tiró en el suelo, la pateó. En otra ocasión mi mamá estaba recién operada de un ojo, traía su parche y también le pegó mi papá, le pegaba en la cara y le rebotaba la cabeza en la pared”.

A pesar de dichos antecedentes y el alcoholismo de su padre, Ana se expresa de él de forma idealizada, inclusive refiere haber tenido una relación estrecha con él y ser su consentida: “si nos quería a todos pues, pero si tú quieres yo era más efusiva, más cariñosa con él y pus había más acercamiento entre nosotros”. Aún a pesar de haber sido víctima también de golpes por parte de él “Mi papá me decía: búscame un palito, ya sabía que cuando decía eso, aguas, porque era ponerme de palos como no te das una idea. Total que ya le di el palo, me pegó hasta cansarse, yo pues metía las manos en las pompas para que no me doliera, pa’ que no me pegara y me decía: ¡Quita las manos porque te las voy a hacer bistec!. La sala tenía una madera grabada, despegó mi papá la

tabla con esa me dio también, me amarró las manos para que no las metiera y estando tirada en el suelo me golpeó despiadadamente, fue una paliza que me dio que me oriné, casi me desmayo, imagínate si alguien puede ser feliz con una vida así”.

Este maltrato fue marcando la identidad de Ana y devaluando su autoestima, ella comenzó a albergar sentimientos de poca valía, aprendió a vincularse con los otros a través del maltrato físico y/o psicológico, pues cabe mencionar que se casó con un hombre alcohólico, igual que su padre “yo padecí mucho por la manera de beber de mi esposo, fueron muchos años”. “Cuando me fui a quedar a casa de mi hermano, me fue a buscar mi esposo y me dijo ¡Eres peor que una puta!”.

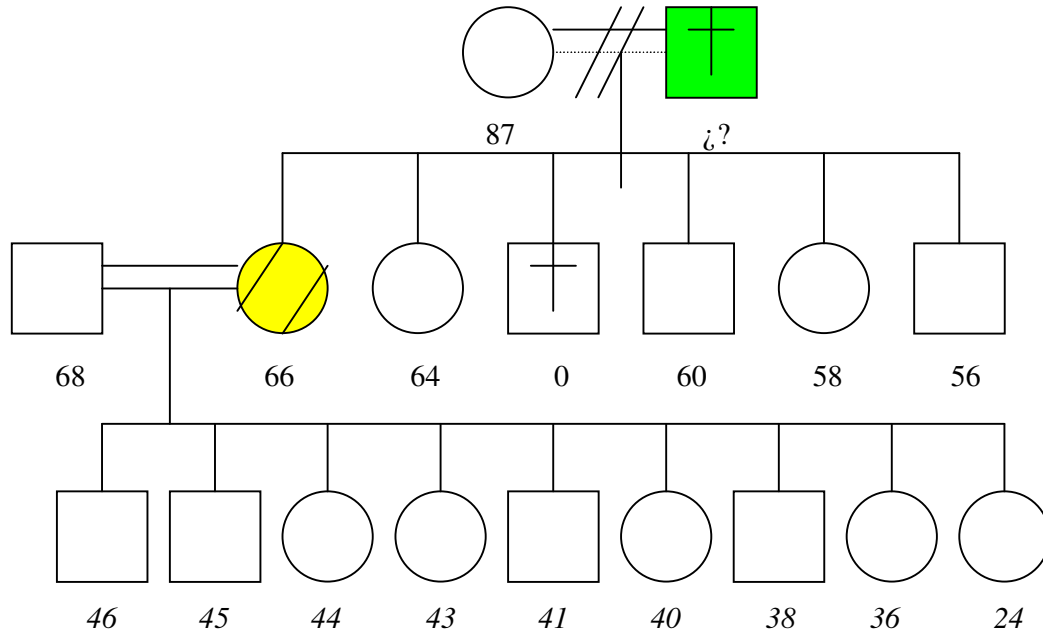
En su familia de origen la educación estaba basada en los roles de género, la mujer debía guardar abnegación, sumisión al esposo y tolerar todo tipo de agresiones, justo como lo vivió con sus padres. Creció con una concepción de ser mujer, como sujeto inferior y devaluado con respecto a la figura masculina. No es fortuito que se reconozca a su padre como la persona más fuerte en su familia de origen por lo “enérgico, de carácter” y ella se asuma como el integrante que más necesita apoyo “porque me dolía muchísimo todo lo que estaba pasando en la casa”.

El abandono y maltrato de su padre, lo repitió en su pareja, quien por sus constantes borracheras se ausentaba del hogar dejándola a cargo de todos sus hijos. Cuando ella se enfermaba, él se molestaba y no le brindaba apoyo. No obstante, también comenta pocos momentos en los que recibía afecto por parte de él, estos eran también bajo los efectos del alcohol: “Es muy raro pero si llegaba a ser cariñoso, si íbamos por ejemplo a una fiesta, tomábamos los dos, él más que yo, pero sentía yo su amor y eso me hacía sentirme feliz”.

Su relación con su madre fue distante y negativa, pues Ana siempre se sintió en desventaja con respecto al cariño de la madre, comparada con sus hermanos Yaki y Hugo, quienes consideraba como sus preferidos: “Yo me sentía el patito feo porque mi mamá hacía mucha diferencia entre, sobre todo de los tres mayores, que éramos yo, Yaki y mi hermano. A mi hermano le decía el gatito por los ojos verdes, a mi hermana le decía la divina garza porque era bonita y a mí simplemente la flaca”. Esto también contribuyó a su baja autoestima y autoimagen devaluada, sin embargo, con Yaki era con

quien tenía una mejor relación de sus hermanos. Es curioso observar en su discurso que argumenta identificarse con su padre “yo tenía el carácter como mi papá, pero con forme han ido pasando los años se ha ido acabando esa energía, siento que ya no soy como era antes”.

Familiograma gráfico de Ana.



	Mujer		Separación
	Hombre		Finado
	Sujeto de estudio mujer		Dato desconocido
	ó		Integrante más débil
	ó		Integrante más fuerte
	Parentesco		
	Pareja formal		

Los números que se encuentran debajo de cada símbolo indican la edad.

Ana.

Inicio de la enfermedad con Tristeza y dinámica de la depresión.

En el caso de Ana, su depresión comenzó con tristeza, emoción que empezó a instalarse en su cuerpo a partir del rompimiento de la relación de sus padres y la violencia intrafamiliar que imperó con dicha separación. Ana tiene muy claro que comenzó a sentirse deprimida “luego luego de que él se fue y cuando empezaron los problemas”. Para ella, más que su madre, su padre fue la figura más significativa, pues se sentía rechazada por su madre, pero de alguna manera, su padre, compensaba esa carencia afectiva, mientras era relegada por la madre, se sentía la consentida de su padre. Al perder a éste, Ana perdió su fuente primaria de afecto y no sólo eso, sino que esta figura tan representativa para ella comenzó a maltratarla física y psicológicamente.

Con la instauración de la tristeza en su cuerpo hubo un predominio de yin, que se manifestaba con la disminución de su energía y el ki de su intestino grueso: “no tenía ganas de hacer nada, todos los días era sentir ese desgano e inclusive hasta me iba de pinta de la escuela”. Para entonces su desequilibrio energético era tan grave que “hasta me quise quitar la vida por mi tristeza, tomando medicamentos” a los quince años de edad. La inhibición característica de ying, se dejaba ver en Ana “me gustaba irme a meter a un panteón que esta en el cerro de la Villa, me iba yo sola, me gustaba estar en el panteón por la quietud”.

Ana comenzó con recurrentes problemas intestinales “me estriñía, me soltaba, me dolía el estómago, me inflamaba”, razón por la que acudió a diversos médicos “me hacían estudios y me mandaban medicamentos y no me componía”, ya que sólo se le daba atención a una parte de su cuerpo, a las vísceras que se encontraban afectadas, pero su problema iba más allá de los síntomas que presentaba. Eran sus emociones las que se manifestaban en dichas enfermedades y no era sólo cuestión orgánica. Ante la incapacidad de los médicos para tratarla, la canalizaron con un psiquiatra, pero tuvieron que pasar varios años, aunque Ana no especifica cuantos, para que se dieran cuenta que sus problemas de salud iban más allá de lo fisiológico.

La tristeza que sentía Ana fue modificándose con el paso del tiempo y el desequilibrio energético modificó la emoción de tristeza en ira por medio de una relación de

interdominancia. Ana veía entrar y salir a su padre de su casa, irse todos los días con otra familia que no era la suya, sentía coraje al “pensar que mi papá estaba con esa maldita vieja, yo tenía ganas de tenerla ahí enfrente y sacarle los ojos”.

El traslado de la emoción de tristeza a ira, también le trajo enfermedades a Ana, distintas de las que presentó anteriormente, pero propias del elemento Madera, predominante en esa etapa del ciclo energético, “me operaron de la vesícula y al año, año y medio me operaron del hígado”.

Posteriormente el desequilibrio seguía y del elemento madera, el conflicto se trasladó al elemento Tierra y fue cuando Ana comenzó a sentir entonces ansiedad, sentía “desesperación, ansiedad, angustia y miedo”, emoción última que corresponde al elemento Agua y a una relación de interdominancia como la anterior. Menciona que estas emociones eran desencadenadas “por cualquier problemita por sencillo que pareciera, yo me sentía tan mal, que me salía corriendo, llorando y temblando, sentía como una olla de vapor que estaba a punto de explotar”.

Para entonces Ana ya estaba casada y estas emociones la condujeron a pensar nuevamente en el suicidio, sus problemas principales eran a causa del alcoholismo de su esposo “eso ya me vino aquí, por la manera de tomar de mi esposo, eso también me hizo mucho daño, era desobligado, no me daba para la comida de mis hijos, entonces en algunas ocasiones llegué a pensar en tomarme unas pastillas, encerrarme en la cocina, abrir las llaves del gas, pero me detuvo pensar en mis hijos”.

Su esposo, al igual que su padre, se ausentaba del hogar por varios días por sus constantes borracheras. En un intento por resolver su situación familiar, Ana decidió en una ocasión salirse de su casa e irse a vivir temporalmente con un hermano, sin embargo, su padre fue a buscarla y le dijo “una mujer nunca debe salir de su casa, mira, aquí estás tú y aquí está tu esposo, tú nunca te vas a igualar a él porque él está por encima de ti, no pues a mí eso me tronó también”, por lo que Ana regresó a su casa y continuó albergando emociones negativas que le impedían sanar. Su propia construcción le impedía hacer intentos por resolver sus conflictos emocionales, la educación que recibió fue demasiado rígida, su autoconcepto estaba totalmente devaluado y la tristeza regresó en Ana.

Ana, después de la pérdida de su padre, se volvió susceptible a posteriores pérdidas, las más significativas fueron las bodas de dos de sus hijas, Lola y Vanesa, la más chica. Ambas estaban apegadas a ella, al casarse se le desencadenaron sus crisis depresivas, que se manifestaban con angustia y tristeza.

Esta tristeza, siguió dañando su organismo y manifestándose en padecimientos corporales “en una ocasión de nervios se me cayeron partes del cabello”, el cabello tiene relación con el elemento metal y este a su vez con la tristeza. La vulnerabilidad de su cuerpo ante los constantes desequilibrios energéticos le han traído como consecuencia, además de los padecimientos anteriormente mencionados, fracturas de ambas manos y esguinces en ambos pies, esto “cuando Vanesa (su hija menor) estaba chiquita”, cabe mencionar que las afecciones de los huesos se relacionan con el elemento Agua, la emoción de miedo y los órganos riñón y vejiga. También presenta “dolores de cabeza, hipertensión” y “dos microinfartos cerebrales”.

Ana ha sido tratada por varios psiquiatras, en la actualidad “me van haciendo ajustes de los medicamentos”, toma clonasepan, meyeril y teoridacina. La ansiedad que sentía en algún momento, fue aminorada con la prescripción de fármacos, no obstante, el conflicto aún sigue sin resolverse, lo único que han hecho estos medicamentos en su cuerpo es hacerla sentir “como aplastada, con ganas de no hacer nada, como borrachita, hasta me da pena salir a la calle”.

Las emociones que predominan en la actualidad derivadas de su problema de depresión son la ansiedad y la tristeza, salta de una emoción a otra, aunque predomina esta última. Hay periodos en los que predomina la inhibición de yin, duerme demasiado, pierde el apetito, se siente cansada todo el tiempo y en otros momentos predomina yang, presenta insomnio y angustia cuando su esposo no está en casa. No obstante, los fármacos han jugado un papel muy importante en la sintomatología de la depresión en Ana, los efectos en su organismo han ocasionado que predomine yin y aunque ello ha impedido que fluya la ansiedad en todo su apogeo para presentar nuevos intentos de suicidio, los deseos de morir están aún presente en ella.

A lo largo de su depresión, Ana ha ido modificando la manera en que enfrenta sus crisis depresivas, inicialmente ella se aislaba en un panteón, donde encontraba paz y quietud,

numerosas veces buscó el apoyo de su madre, pero esta la ignoraba y la rechazaba, lo mismo sucede con su esposo, quien se molesta cuando la ve decaída. La religión fue una institución en la que Ana encontró consuelo durante algún tiempo “iba a la iglesia Cristina, iba yo ahí ante el santísimo, me hincaba y lloraba y lloraba, a veces rezaba, a veces le hablaba y ya salía yo más desahogada”. Hasta hace poco acudía con una amiga, vecina suya, quien también padecía depresión, pero acaba de fallecer y dicha pérdida también ha sido representativa para Ana “me hace tanta falta, porque no tengo confianza con nadie más”, aunque sus hijos Ana, Mauricio, Vanesa y Mariano le llaman por teléfono para estar al pendiente de su salud. También comentó “cuando me siento media ñañarosa”, haciendo alusión a la ansiedad, lee un libro que se llama “Vida después de la vida y ya con eso me distraigo un poquito”.

Ana.

El abordaje de la depresión desde la medicina positivista.

En el caso de Ana, ella fue canalizada a tratamiento psiquiátrico por sus recurrentes problemas intestinales, los médicos se dieron cuenta que dichos padecimientos iban más allá de lo orgánico, sin embargo, la formación médica, les impidió concebir al ser humano de forma integral. Es cierto que reconocieron la necesidad de otro tipo de ayuda para Ana, pero la escindieron y segregaron sus padecimientos a la esfera mental, lo atribuyeron algún desequilibrio fisiológico o neurológico, para el cual era necesario compensarlo con fármacos. El primer psiquiatra que acudió le prescribió diazepam.

Posterior a este, ‘ví a varios psiquiatras, como a unos cinco o seis, no recuerdo lo que me mandaba cada uno, pero sí me acuerdo mucho del diazepam’, además de este medicamento ha tomado imipramina, amitriptilina, en la actualidad toma clonasepan teoridacina y meyeril.

Ana nunca ha recibido algún otro tipo de ayuda que no sea la psiquiátrica para su problema de depresión y como se observa, sus tratamientos únicamente han consistido en la prescripción de innumerables fármacos que lo único que han logrado ha sido inhibir las respuestas ansiógenas de Ana, por lo demás, sigue intacto. Sus conflictos de la infancia prevalecen en su vida cotidiana, permanecen en ella los deseos de morir, lo que refleja el conocimiento fragmentado del médico sobre el ser humano. Si bien hubo un reconocimiento del médico que le atendió sus problemas intestinales de que dichos padecimientos no eran únicamente orgánicos, la idea de segregar la atención sanitaria prevalece, lo cual se dejó ver cuando la canalizó con un especialista en salud mental. Lo lamentable es que a pesar de dicho reconocimiento, la causa era atribuible únicamente a la esfera mental. No es de extrañarse que después de estar sometida a varios medicamentos, se haya dañado su hígado, con lo cual, el cuadro de enfermedad fue complicándose cada vez más.

Gabriela

Estructura y dinámica familiar en la conformación de la identidad.

Gabriela es hermana de Ana, la estructura familiar ya la conocemos, ella es la penúltima de seis hijos, tiene cincuenta y siete años. Casada dos veces, la primera vez enviudó. Con su actual esposo lleva diecisiete años. No tiene hijos, pues nunca pudo quedar embarazada, no refirió las razones. Cursó hasta la primaria y actualmente es jubilada del Centro Médico.

Su educación fue la misma que la de Ana, ella también reporta que su madre le delegaba responsabilidades que a su parecer no le correspondían "Yo era la que le lavaba la ropa a mis hermanos, era la más chica y mi mamá me obligó desde chiquita a lavarles la ropa a los dos".

Refiere siempre haber tenido una relación negativa con sus hermanos y con Yaki: "Mis hermanos me pegaban mucho de chiquita. Mi hermano Hugo me daba unas golpizas y mi hermana Yaki le gritaba: ¡Mátala, mátala, acaba con ella!, entonces pus sí sientes un cierto rencorcillo por eso".

Siempre se sintió rechazada por su familia, comenzando por su madre, no así por su padre: "Mis hermanos decían que mi papá nunca quiso que yo naciera, por eso todos me hicieron menos y siempre que peleaba con ellos era lo que decían, nunca me trataban como hermana".

Pero su principal relación negativa ha sido con su madre: "Con mi mamá siempre he peleado, siempre chocamos porque ella dijo que yo me parecía a mi papá y como mi papá la dejó se desquitaba conmigo; yo qué culpa tenía. Me acuerdo mucho que cuando mi papá nos dejó yo me quería agarrar de mi mamá y ella me corría. Tengo mucho rencor hacia mi mamá. Mi mamá decía que yo era una guevona, a mí siempre me gustó hacer el aseo de la casa".

Para ella, como para su hermana Ana, también fue significativamente doloroso el abandono de su padre "Él se fue de la casa, nos dejó por una mujer con la cual tuvo tres hijos. Yo le lloré, yo le decía que me quería ir con él". Y así como Ana, Gabriela

sostiene que “de todos los hijos a la que más le dolió fue a mi, la que más sintió fui yo porque yo me sentía muy a gusto, yo quería mucho a mi papá, yo siempre y todos me lo han dicho que yo quiero más a mi papá que a mi mamá y sí. Yo me siento muy apoyada de mi papá, a pesar de que estaba yo chiquita”.

Su padre simbolizaba la única fuente de afecto y protección que ella tenía en su hogar “Mi papá me trataba como su hija, nunca recibí nada malo de él”, al perderlo, se quedó desprotegida y a merced del desprecio y maltrato de su madre y hermanos: “Cuando mi papá se fue mi mamá fue peor conmigo porque siempre dijo que me parecía mucho a mi papá, que tenía todo el maldito carácter de mi papá”.

Gabriela, al igual que Ana refiere una idealización de su padre, a pesar de la violencia intrafamiliar en que vivían. No obstante, según Gabriela, a ella, nunca le pegó: “él no acostumbró a pegarnos, a la que le pegaba era a *Ana*, pero a nosotros, a los más chicos a ninguno” Y justifica esta violencia de su padre hacia su hermana: “porque era tremenda, como la mayor, a mi papá no le gustaba que nos echáramos crema, que nos pintáramos, a ella le gustaba hacerse permanente, pintarse el pelo, la cara, las uñas y todo y a mi papá no le gustaba nada de eso”. Nuevamente se observa la educación rígida y tradicionalista. Y también justifica la violencia física dirigida hacia su madre: “A mi mamá siempre le pegaba pero nunca delante de nosotros, siempre nos sacaba al patio”.

Al igual que Ana, Gabriela considera haber sido la preferida del padre: “Cuando mi papá llegaba, yo corría, me le abrazaba del brazo y me sentaba en sus piernas y a mis hermanos él los corría. Cuando nos compraba pastel, todos le guardaban su rebanada y no se las comía, me la daba a mí a escondidas y de la mía si comía”.

A pesar de la relación negativa entre Gabriela y su madre, aún casada siguieron viviendo juntas, la madre seguía ejerciendo un control sobre ella y su vida en general. La madre de Gabriela, depositaba todo su rencor y dolor en su hija la menor, ella pagaría el precio de su amargura por el abandono de su pareja:

“Aún casada yo seguí viviendo con mi mamá por tonta quizá o por buena hija, le tenía miedo. Mi primer esposo hacía todo lo que mi mamá decía. Cuando éramos novios lo obligaba a ir por mi hermana Yaki al trabajo y sólo así me dejaba verlo media hora.

Para mí mi matrimonio fue mi noviazgo y aún casados se metía, mi mamá su cama aquí y la cama de nosotros aquí, mi mamá oía un ruido y se paraba, no me dejaba hacer vida de matrimonio. Mi esposo me decía: ¿Vamos al cine? Y mi mamá ya estaba en la puerta y lo agarraba del brazo e íbamos a ver la película que ella quería. Para mi mamá mi esposo era su marido”.

“Mi mamá es feliz cuando yo estoy enojada con mi esposo, ella goza. Ahora de vieja yo le dije a mi papá: yo pienso que mi mamá quiere que yo sufra lo que sufrió ella cuando tú a dejaste... le mete chismes a mi esposo para pelear conmigo. Ella quiere que mi marido me deje, que no sea yo feliz”

“Mi mamá dice que yo siempre soy su hija, para ella no soy casada. Hace como ocho años me quería pegar, le digo estás equivocada, ya no te pertenezco y eso le dio mucho coraje, lo que ella quisiera era seguirme mandando, seguirme gobernando como estaba acostumbrada”.

Cabe resaltar el discurso de Gabriela, cuando dice “ya no te pertenezco”, concibiéndose ella misma como un objeto, la educación tradicionalista consideraba a los hijos como una propiedad, sobre la que se tiene derecho y poder, tal como se asume ella.

En enero de 2000 falleció Emanuel, el hermano menor de Gabriela en presencia de ella, a consecuencia de un infarto, él era el único con quien llevaba una buena relación, dicha experiencia fue traumática para ella y hasta el momento no ha logrado superarla: “yo no creí que le fuera a pasar eso, se me hacía una crueldad, una cosa de lo más horrible verlo ahí en la calle muerto, yo estaba acostada encima de él, porque yo le decía que estaba vivo y la gente me decía que estaba muerto”.

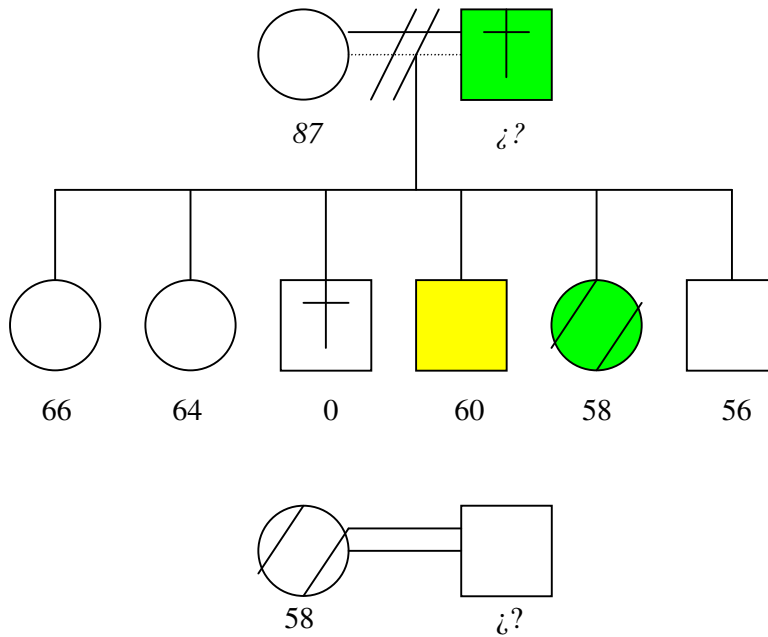
Posterior a este acontecimiento, en enero de 2001 fallece su padre de herpes. Ambas pérdidas han sido muy dolorosas para Gabriela y aún no ha concluido su proceso de duelo. En el discurso de Gabriela se pudo observar que al hablar de su padre, lo refiere en presente y no en pasado.

Gabriela, al igual que su hermana Ana no parece identificarse con su madre, sino con su padre, fue a él quien eligió como objeto de identificación por la relación tan estrecha, por ello refiere “para mí yo era hombre” e incluso reconoce identificarse con él “en

sentimientos, en carácter”. En Gabriela se observa un rechazo de su feminidad, de su condición de mujer, pues supone que su género la ha puesto en desventaja con respecto al cariño de la madre, comparándose con sus hermanos, esto se observa cuando sostiene que “para mí yo era hombre porque abuso de mi fuerza, casi no me gustaba jugar con muñecas, me gustaba más lo de hombre y me gustaba ponerme las camisas y pantalones de mi hermano”. Por otro lado, considera que es su hermano “Hugo es el más débil, el más noble”. Nótese como asocia la nobleza con la debilidad.

Esta mujer, a diferencia de su hermana, no se asume como débil o desvalida, sino de carácter fuerte, quizá esto tenga relación con la emoción que predomina en ella durante la depresión.

Familiograma gráfico de Gabriela.



○ Mujer

□ Hombre

○/ Sujeto de estudio mujer

■ ó ● Integrante más débil

■ ó ● Integrante más fuerte

— Parentesco

== Pareja formal

// Separación

+ Finado

¿? Dato desconocido

Los números que se encuentran debajo de cada símbolo indican la edad.

Gabriela.**Inicio de la enfermedad con Ira y dinámica de la depresión.**

En Gabriela desde muy pequeña se fue instalando la emoción de ira, ira contra su madre, quien la rechazaba constantemente y quien la hizo sentir en desventaja con respecto al resto de sus hermanos. Como ella refiere, su madre depositaba en ella todas las emociones negativas que le trajo el abandono de su padre, pero no sólo eso, pues incluso antes de que éste se fuera, Gabriela ya sentía ese rechazo. Debido a su educación tradicionalista que privilegia al hombre, su madre le encomendaba atender a sus hermanos, hecho que también la hizo sentir enojada repetidas veces y la llevaron también a asumirse como hombre, colocarse en una posición igualitaria para defenderse de las agresiones de ellos.

Su madre, que es una mujer sumamente controladora y dominante, ha interferido en su vida matrimonial y tiene pleitos constantes con su esposo, en su primer matrimonio, ella manipulaba a su esposo para agredir a Gabriela, anulándola frecuentemente y despojándola de su papel de esposa.

Es claro que la primer emoción predominante en Gabriela fue la ira y “rencor” contra su madre, esta ira que se instaló en su hígado, disminuyó el ki de este órgano a tal grado que le impidió concebir un hijo, Gabriela nunca pudo embarazarse, y aunque ella no da detalles al respecto, se puede explicar esto por su desequilibrio energético, pues recordemos que el hígado es un órgano que juega un papel importante en la menstruación, fenómeno imprescindible para la concepción.

Posteriormente, la pérdida de su padre la llenó de tristeza y de un sentimiento de desprotección, éstas emociones le afectaron a tal grado que le provocaron su primer crisis depresiva, la cual comenzó en el elemento Agua y la emoción de miedo.

Gabriela refiere que en dicho episodio depresivo experimentaba miedo, emoción que al asociarse con la preponderancia de yin, ocasionaron una inhibición que la incapacitó para continuar con sus actividades cotidianas “a mí me daba miedo, yo tenía todo cerrado, ni luces, ni televisión, me la pasaba acostada, no comía, no quería que me vinieran a ver, no quería saber nada, estaba sola totalmente, me la pasaba aquí acostada,

durmiendo, llorando, en muchas ocasiones muy fuerte, llegaba el momento en que ya no podía ni respirar de tanto que quería yo sacar, lloraba con mucho sentimiento, quizá te pones a pensar lo que has pasado, de los sufrimientos que has tenido atrás, sentía mucho cansancio, el cuerpo pesado”. Así permaneció siete meses.

Gabriela asocia la emoción de miedo con el hecho de presenciar repetidas peleas entre su madre y esposo, sentirse en medio de los dos sin poder decidir qué era lo correcto. Su educación tradicionalista la orilló a recurrir a la religión, específicamente a un sacerdote, quien a decir de ella, la confundía más, pues le decía que debía obedecer a su esposo y le sugería dejar a su madre en segundo término, sin embargo, el miedo hacia su madre por su carácter tan fuerte, le impedía confrontarla y liberarse de su yugo: “vas te confiesas, te dicen que al esposo le debes hacer caso, a tu mamá ya no, entonces para donde te vas?”.

Esta emoción negativa no tardó en encontrar su lenguaje corporal y Gabriela comenzó a presentar problemas de columna, las afecciones de los huesos se observan en el elemento Agua, que coincide con la emoción de miedo “me enfermé de mi columna, llegaba el momento en que yo ya no podía caminar”.

A consecuencia de su crisis depresiva, Gabriela fue atendida por un psiquiatra, el mismo que ha visto a sus dos hermanas Ana y Yaki, quien le prescribió fármacos que le ayudaron a aminorar dicha emoción. No obstante, la emoción que presentó Gabriela en lo posterior fue la tristeza, tristeza al recordar experiencias de su infancia como las mencionadas, a lo que se le sumaron los fallecimientos de su padre y hermano.

Esa tristeza es la que matiza los episodios depresivos de Gabriela en la actualidad, mismos que se manifiestan a través de diversa sintomatología, característica de yin, y se han instalado en su intestino grueso “padezco mucho para hacer del baño, yo me imagino que es colitis”, hay momentos en el día o temporadas en que “siento mi cuerpo todo cansado, sin ganas de hacer nada, con frío, me da mi esposo un vaso con Mundet y le echa tantita sal, me acuesto, me duerno como una hora, hora y media y me levanto más o menos bien, se me quita ese desguase que siento”.

Gabriela.**El abordaje de la depresión desde la medicina positivista.**

Gabriela, al igual que su hermana Ana, únicamente ha recibido tratamiento psiquiátrico, farmacológico, sólo que a diferencia de Ana, ella se negó a continuarlo, el psiquiatra “me mandó muchas medicinas para la depresión”, aunque no recuerda cuáles, “pero no te los daban sin receta”, sólo refiere que fueron tres, y los tomó únicamente “como dos meses, ya no las tomo, no soy afecta a tomar mucho medicamento y menos para eso, yo pienso que uno tiene el carácter para salir de lo que tiene uno”.

En Gabriela se puede observar el prejuicio que tienen muchas personas hacia los padecimientos psiquiátricos, ella, como muchos otros, considera que el hecho de tener que recurrir a un especialista para un padecimiento de esa índole la coloca en desventaja con el resto de la población considerada como “sana”, se rehúsa a verse estigmatizada y señalada por el hecho de padecer depresión.

Otro factor que interviene en el hecho de que Gabriela se resista a recibir ayuda de algún especialista, es su ignorancia sobre dicha enfermedad, la única referencia que tiene sobre la depresión son los casos de sus hermanas, quienes han acudido a psiquiatras, para ella no cabe la posibilidad de recurrir a un psicólogo o algún otro especialista que trate la depresión desde otra perspectiva.

Gabriela también tiene miedo a morir por intoxicación, pues argumenta que al fallecer su padre, el médico les dijo que se intoxicó con tanto medicamento que tomaba. Gabriela tiene claro que los momentos en los que se siente deprimida, tienen su raíz en las experiencias significativas que ha experimentado a lo largo de su vida. Sin embargo, niega la gravedad de su padecimiento y no se ha dado a la tarea de hacer un trabajo personal que le permita resolver sus conflictos. No se acerca a nadie cuando se siente deprimida, pues comenta que los momentos en los que ha intentado encontrar consuelo en su hermana Ana, en vez de ayudarla se burla de ella y hace cosas para hacerla sentir peor, su hermana Yaki se encuentra sumergida en su propia depresión y su esposo se enoja cuando se pone a llorar e inhibe su deseo y necesidad de hablar y desahogarse.

Vanesa.

Estructura y dinámica familiar en la conformación de la identidad.

Vanesa tiene veinticuatro años de edad, es casada desde hace siete años y tiene una hija, Vane, de siete años de edad. Se encuentra estudiando la licenciatura en Educación Preescolar, la cual reconoce haber elegido influenciada por su historia de vida, pues a decir de ella, en cada niño se ve a sí misma e intenta darles consuelo cuando lloran o los ve tristes y proveerles lo que de niña ella careció.

Proviene de una familia nuclear, es la menor de nueve hijos, su madre tiene 66 años de edad, su padre 68, son casados y siempre han vivido juntos. Su hermano mayor, Mariano tiene 46 años, es ingeniero industrial y da clases en una universidad particular, le sigue Eduardo con 45 años, es médico cirujano y ginecólogo, y refiere que “trabaja todo el día, siempre está de mal humor, toda la vida”. Su hermana Susana tiene 44 años, es ama de casa, Lola tiene 43, también es ama de casa. Armando, “que casi nunca vemos”, tiene 41 años, él es maestro de educación primaria, Maritza de 40 años, es maestra de educación primaria, quien “por cierto estaba muy triste porque el día 11 cumplió 40 años y le entro una crisis de tristeza y llore y llore”. Mauricio de 38, es profesor de secundaria y Ana de 36 años, trabaja en el IMSS.

Refiere provenir de una familia católica y que su madre principalmente le inculcó una concepción de Dios en términos de castigo – recompensa: “mi mamá era la que me decía que fuera a misa, que si te portabas bien papá diosito te iba a dar un premio, si te portabas mal te iba a mandar un castigo, o el clásico: Ya ves, eso te lo mandó papá diosito porque no hiciste tal cosa”, a través de dicha concepción su madre pretendió infundirle culpa por los comportamientos que se encontraban fuera de lo dictado por su educación y creencias, tal y como sus padres lo hicieron con ella.

No obstante, se observa en Vanesa un análisis personal, cuando afirma que “tengo un concepto distinto de Dios al que tiene los católicos en general, yo no creo en el dios tan duro, tan estricto que te pintan en la religión católica, yo creo en un dios que no se molesta contigo, simplemente permite que las energías que él ha construido fluyan en ti y lleguen hacia ti o se vayan de ti de acuerdo a lo que tu haces, creo que él te da el poder de decidir y dentro de nuestra concepción humana creo que nos da el chance de

entender algunas cosas y otras no, entonces algunas cosas soy capaz de entenderlas y otras no y las justifico porque siento que son simple y sencillamente movimientos de la energía que tiene la vida”.

Es interesante escuchar en su discurso incluir el concepto de energía, pues a través del autoanálisis que ella ha elaborado a partir de acudir a terapia psicológica, reconoce ser más que un cuerpo desligado de su esencia.

Con respecto a la crianza de Vanesa, esta quedó principalmente a cargo de su hermana Susana, a quien su madre le delegó dicha responsabilidad, no obstante, le pedía a Vanesa que se encargara de sus cuidados, mientras se encontraba deprimida. Vanesa refiere: “en realidad la que se hacía cargo de mi mamá era yo, aprendí a cocinar teniendo ocho o nueve años, al pendiente del horario de la medicina, de su salud”.

Vanesa desarrolló un apego muy fuerte hacia su madre, ambas construyeron una relación simbiótica en la que ante la ausencia de alguna había un sentimiento de vacío emocional: “Yo siempre fui mas apegada a mi mamá, siempre estaba mas al pendiente de ella; mi papá trabajaba todo el día y mis hermanos pues iban a la escuela o a trabajar, pasábamos mucho tiempo mi mamá y yo solas”. “Cuando mi mamá se iba, con unos de mis tíos yo me sentía súper triste, súper mal, yo tenía 4 o 5 años mas o menos”.

La madre de Vanesa se apoyó en ella para llenar las carencias afectivas que traía desde su infancia y al igual que su madre lo hizo con ella, le transmitió a su hija una imagen de madre enferma, a través de su lenguaje corporal hacía sus peticiones de afecto y protección en vez de ser ella quien los brindara a su hija.

Ana no se encontraba en las condiciones emocionales ni físicas para brindarle a su hija el amor y protección que necesitaba, pues traía consigo una historia de maltrato y abandono, conflictos que aún no ha resuelto, así que depositó en Vanesa la responsabilidad de cubrir sus carencias afectivas. Vanesa tuvo que pagar el precio de una historia que no era la suya, pero de la cual provenía.

Vanesa a diferencia de Ana y Gabriela, en todo su discurso no alude a su padre, sino en contadas ocasiones, para comentar que su madre eligió casarse con un hombre

alcohólico. Pareciera que en esa relación simbiótica, ambas hubieran anulado al padre y el rol de éste.

Con respecto a la relación con sus hermanos, Vanesa tiene una mejor relación con Ana (quien también padece depresión) la cual “comenzó como un año antes de que yo me casara, porque antes, pues como yo fui la que vino a derrocarlo el puesto de la mas chica me odiaba, me detestaba, pero ahora ya nos tenemos mucha confianza, somos las que estamos siempre al pendiente la una de la otra”.

“Con los 3 hombres mayores son con quienes no llevo una buena relación, con Mariano, con Eduardo, a él casi nunca lo veo y cuando lo llevo a ver, es poca la conversación que hay entre los dos y con Armando, pues porque no convive con nosotros como familia y en realidad yo no tengo mucho acercamiento con él como algunas otras de mis hermanas, porque a mi me cae gorda su mujer”.

La familia de Vanesa es amalgamada, son dependientes los unos de los otros, esta mujer reconoce esto y comenta: “Si pudiera cambiar algo, cambiaria el poco respeto que hay entre la vida de unos y otros”.

Ella reconoce como figura más fuerte a su hermano Eduardo (el segundo hijo), a pesar de su relación negativa con él “Porque en los momentos en los que se han presentado situaciones que muchos no sabemos que hacer, él es el que pone en su lugar a cada quien y dice: Tú vas a hacer esto y tu esto y todo se cumple y afortunadamente todo sale bien. Yo siento que él tiene un carácter muy fuerte, muy determinante, muy de líder, muy de jefe”. Nótese nuevamente la anulación del padre. Esto puede explicarse también por el alcoholismo del mismo, a quien interna e inconcientemente reprocha haber abandonado a su madre, hermanos y a ella misma durante muchos momentos de su vida familiar por ausentarse del hogar a consecuencia de su alcoholismo.

Vanesa rechaza como figura de identificación a ambos padres y elige a Mauricio, el menor de sus hermanos varones “porque a mí me gusta ser respetuosa con la vida de los demás, como lo es él, y me gusta brindarle el apoyo a cualquiera de mis hermanos que así lo necesite y he comprobado que así es mucho Mauricio y que a parte de la riqueza mental y material que puedas tener, yo creo que existe una riqueza espiritual y en eso él

y yo coincidimos mucho”. Vale señalar que es una identificación positiva que está en función de las cualidades que ve en él.

Vanesa, coincide con su madre, en considerarla como la persona que necesita más apoyo, con menos recursos para enfrentar las adversidades al afirmar: “Mi mamá trae un historial muy triste, en este momento ya está abatida, derrotada, derrumbada”. No sólo le concede el lugar menos privilegiado, sino que le niega posibilidad de sanación: “Cada vez va más para abajo, siento que no tiene una razón ya de existir”.

Innegablemente, Vanesa trae a cuestas la historia de su madre, siente pena por sus heridas, pero a la vez se puede observar un tono de enojo en su voz por dicha herencia, conserva una imagen de fragilidad con respecto a ella.

Como la menor de nueve hijos, desde pequeña, Vanesa sintió que las miradas estaban puestas sobre ella: “Yo creo que desde que nací, he ocupado el lugar de la consentida, de la chiquita a la que todo el mundo quiere proteger, en la que todo el mundo tenía la mira, determinadas expectativas”.

Un acontecimiento que cambió el matiz de su vida fue el hecho de haberse embarazado a sus diecisiete años de edad: “Después de que me casé, siento que ocupé el lugar de la más tonta de todas”. Aspecto que también influyó en la forma en que ella asumió su maternidad.

Vanesa albergaba culpa por haberse embarazado, sentimiento en el cual colaboró toda su familia, principalmente su hermano mayor, quien representaba como un padre para ella: “Con Maria no siempre había tenido una buena relación, pero a partir de que supo que me iba a casar o que estaba embarazada, las cosas cambiaron radicalmente entre el y yo. Tenía hasta hace un tiempcito un resentimiento muy grande con él porque desde que fui pequeña, él estaba al pendiente de mí, tanto en cuestión económica como emocional y a partir de que supo que me iba a casar todo cambió, me sentí como echa a un lado, era algo que me dolía, que me lastimaba”.

Con ello, Vanesa se sintió relegada y vivió la actitud de su hermano como una pérdida afectiva bastante significativa, además sintió que rompió con las expectativas familiares,

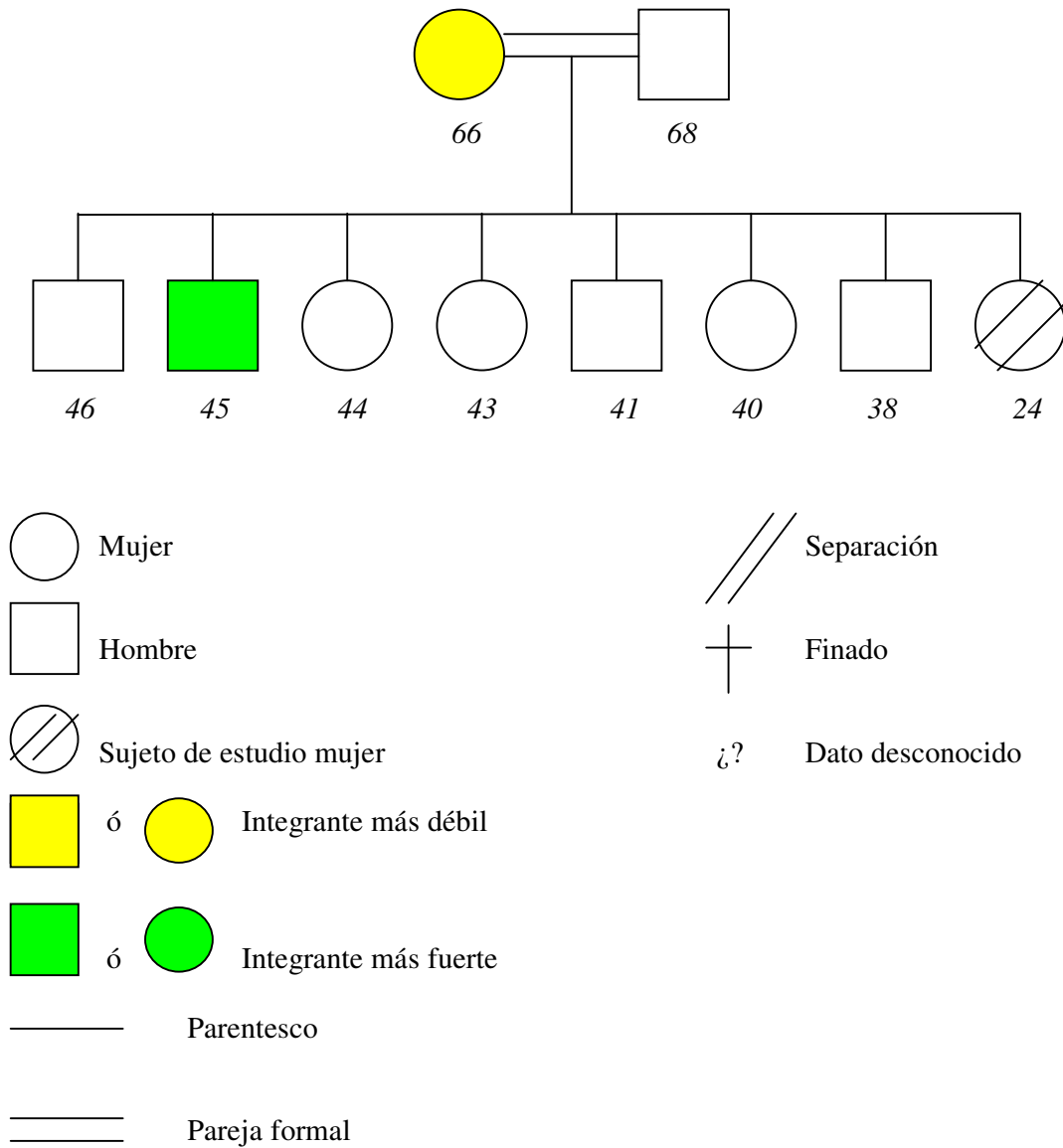
las cuales “Han sido muy fuertes, muchas han sido un lastre muy grande. La mayoría de las expectativas del tú puedes, tú estas apta, tu puedes dar el mil por ciento en muchas ocasiones me duele y digo ya basta, estoy a punto de tirar la tolla y déjenme en paz, déjenme vivir mi vida”. En otras ocasiones “Han sido un salvavidas, algo que me saca a flote”. Sobre ella cayó la sobreexigencia, como la menor de nueve hermanos tanto por parte de ellos como de sus padres, tenía el encargo de cumplir un destino que todos se encargaron de formarle y que al momento de casarse se vió truncado.

Por otro lado, Vanesa a diferencia de Ana y Gabriela durante muchos años sintió ocupar un lugar importante y privilegiado dentro de su familia como la hija más pequeña. El rol que ha jugado Vanesa dentro de su familia ha sido un factor determinante para la conformación de su autoimagen y autoestima “Yo creo que fui educada para ganar, para siempre sobresalir, para jamás quedarme callada ante nada ni ante nadie, o sea siempre el: tú puedes, tu puedes, tu puedes”.

Esas exigencias las ha vivido con todo su cuerpo y obliga a éste adecuarse a ellas, pero además también a las expectativas y estereotipos sociales, lo cual se observa en su insatisfacción con su propia imagen, pues cabe señalar que mide 1. 60 mts., pesa 53 kilos con 500 gramos y quiere bajar de peso “porque me siento gorda aún, quisiera pesar 52 o sea 1 kilo y medio menos, con eso ya me doy por bien servida”.

Este rechazo hacia su cuerpo también es derivado y parte de su problema de depresión, Partiendo de la idea de que la depresión es un padecimiento que se construye a lo largo de la vida, con la contribución de las experiencias significativas vividas al interior de la propia familia, es necesario considerar la información anteriormente expuesta sobre su historia para entender la construcción de dicha enfermedad en Vanesa.

Familiograma gráfico de Vanesa.



Los números que se encuentran debajo de cada símbolo indican la edad.

Vanesa.

Inicio de la enfermedad con Miedo y dinámica de la depresión.

La infancia de Vanesa estuvo impregnada por la enfermedad de su madre ‘yo siempre estaba pendiente de la salud de mi mamá, porque siempre fue enfermiza, siempre se quejó de miles de cosas, entonces te juro que yo abría los ojos y lo primero que decía era: mamita cómo estas, a mí me daba muchísimo miedo, me aterraba que mi mamá se muriera’.

A consecuencia de ello, desde muy pequeña comenzó a albergar la emoción negativa de miedo ‘Yo me sentía intranquila desde que yo era niña, era un miedo a que a mi mamá le pasara algo. Cuando yo le hablaba a mi mamá que estaba dormida y no despertaba o no se movía, yo creía que mi mamá estaba muerta y me entraba un terror grandísimo’.

Se creó una imagen de su madre de fragilidad ‘yo recuerdo a mi mamá muchas veces llorando, muchas veces triste, en una ocasión yo recuerdo mucho ver como mi mamá se desmayó, estaba llorando tanto y estaba tan angustiada’.

Su madre, era la persona más cercana y significativa que tenía a sus pocos años de edad, por lo que su incapacidad para manejar dichas emociones la llevó a desear enfermarse desde que tenía cuatro o seis años: ‘decía cómo no me enfermo para no ir mañana a la escuela y poderme quedar a cuidar a mi mamá’. Su miedo a la pérdida de su madre era tal que se fue instalando poco a poco en su cuerpo, al grado de presentar enuresis a los nueve años de edad y desde entonces, empezó su historial de visitas a psiquiatras y especialistas de la salud.

En ese momento, su ciclo de la energía ya estaba alterado, el elemento predominante era el Agua, la cual se relaciona con la vejiga y con el miedo. Uno o dos años después, se enfermó de salmonela y gastritis, enfermedades que afectan el estómago. Y es aquí donde se observa el agravamiento de su salud. La emoción de miedo que se instauró en su vejiga, se trasladó al estómago y el miedo se transformó en angustia. Ella misma refiere que considera que su depresión se fue instalando en su cuerpo por la incapacidad de manifestarle a su madre la angustia que sentía cuando esta se alejaba, por verla permanentemente enferma y sentirse responsable de ella.

Posteriormente se enfermó de colitis, afección que corresponde al intestino grueso. En esta etapa, se observa una relativa estabilización en cuanto a su salud corporal y emocional, el ciclo de la energía cambió a intergeneración, incluso ella refiere que la angustia que ella sentía “se calmó los tres años de secundaria”, la cual “fue una etapa muy bonita, han sido los años más felices de mi vida”.

Indudablemente la alimentación que llevaba contribuyó considerablemente al desarrollo de la gastritis y colitis, ya que consumía irritantes en gran proporción y reconoce “me lastimé mucho mi aparato digestivo porque siempre he comido mucho chile, mucho limón”.

También cabe señalar que en dicha etapa comenzó a desprenderse de la madre y se enfocó más hacia las relaciones sociales entre sus congéneres. El perder a su madre simbólicamente repetidas veces en su fantasía durante su infancia, dejó a Vanesa con una susceptibilidad a posteriores pérdidas afectivas, pues su primer crisis depresiva, aunque en ese entonces no la reconoció como tal, se desencadenó a raíz del rompimiento con un novio en secundaria “Volví a sentir la angustia cuando terminé con un novio al que quise mucho, yo comencé a sentir síntomas, que yo no sabía que eran síntomas de depresión”. Crisis que se presentó incluso con alucinaciones olfativas “En una ocasión estaba yo sentada en el sillón de la casa de mis papás, estaba viendo hacia fuera y te juro que sentí como que hubiese pasado él y su olor me llegó, yo sin saber qué es lo que estaba pasando dije: es que yo me estoy volviendo loca, ya hasta lo estoy oliendo sin que él esté aquí”.

Otro acontecimiento detonante de su depresión fue su embarazo, pues éste la obligó a revivir la maternidad de su madre con ella, sentía un gran temor de repetir su historia con su hija: “En sí la tristeza que estaba aun dentro de mi control comenzó a estar desde que yo supe que estaba embarazada”.

Posteriormente: “Mi depresión volvió a salir el día que yo cumplí 19 años”, aunque no explica porqué, asocia esto con un acontecimiento de días antes, cuando vio a su abuela caer de las escaleras de su casa “porque yo juraba que se había matado por como la vi caer, entonces fue a partir de ahí cuando yo me empecé a sentir mal y mal y mal”. De

esto se puede deducir que al presenciar el accidente de su abuela, revivió las ocasiones en que creyó a su madre muerta.

Vanesa aún no había confrontado su conflictiva personal cuando decidió casarse. Dicho acontecimiento, para el que no estaba preparada la orilló a entrar en crisis y se observan varios cambios de residencia, que dejan ver su inestabilidad emocional: “En la primera casa que viví jamás me sentí a gusto, ahí viví mis primeras experiencias con respecto a lo que ha sido mi matrimonio, mi maternidad, yo me sentía como fiera, no me gustaba estar ahí, a pesar de que estaba tan bonita”.

A esto se le sumó la mala relación que tenía con sus suegros y después de casi cuatro años decidió mudarse. “Cuando yo decidí salirme de ahí estuve viviendo en casa de una de mis hermanas porque fue cuando comencé precisamente con la depresión tan fuerte y después decidí que ya no iba a regresar a la casa donde vivía, porque yo sentía que si regresaba me iba a seguir sintiendo mal”.

La primera casa donde vivió le simbolizaba el reto de enfrentarse a una independencia no sólo física, sino emocional de su madre, con quien hasta entonces aún mantenía una relación simbiótica. Ella no estaba preparada para dicha separación, pues hay que considerar que refiere que su más grande miedo era abandonar a su madre por temor a que le pasara algo, en el caso más grave, a su muerte, si esto hubiera ocurrido, Vanesa se hubiera sentido responsable por no estar a su lado, como lo había estado durante dieciocho años. Esta ansiedad la orilló a regresar nuevamente al hogar materno.

“Me fui a casa de mis papás, fue cuando comencé mi tratamiento psiquiátrico, ahí me sentía muy a gusto, comencé a sentirme mejor, a llevar mi vida mas organizada, me sentía como muy libre de la opresión que traía de la casa anterior. Sentía el respaldo de mis papás, de mi familia”. “El hecho de haber regresado a la misma recámara de cuando yo era soltera me dio oportunidad de darme cuenta de muchas cosas, de conciliarme con muchas cosas”. Vanesa comenzó a reconocer su conflictiva personal, sin embargo, “con mi pareja no estaba bien, nos separamos durante tres meses”.

Posteriormente se mudó a un departamento, se reconcilió con su esposo y a los dos años se cambiaron nuevamente debido a que la renta era elevada. Ello representó para Vanesa tener que volver a hacer ajustes en su vida, pues aunque ya no vivían en casa de

sus padres, vivían muy cerca, lo cual era reconfortante, pues aún sentía la cercanía de su madre y la protección que tanto demandaba: “Yo tenía la creencia de que si yo me cambiaba de casa me iba a volver a entristecer, me iba a volver a sentir mal, me iba a volver a sentir sola y de más. Pensaba: y si estoy lejos de mi mamá hacia donde voy a correr, a quien le voy a hablar, entonces no me agradaba la idea”.

Esa sensación de miedo por sentirse desprotegida la rebasaba a tal grado que recurrió a su psiquiatra, quien “me aumentó un cuarto del medicamento”. En la actualidad, Vanesa ha identificado dos factores que le desencadenan las crisis depresivas: “Cuando estoy muy presionada en dos cuestiones: de mi servicio, de mis practicas mi estudio”, que tienen que ver con las expectativas tan altas que tiene que cumplir, y cuando su hija se enferma “pues yo conviví todo el tiempo con una persona enferma y cuando sé a mi hija enferma me mueve mucho el tapete, pero ya no dejo que pase a más”.

Es indudable que el cuerpo guarda una memoria, memoria que vuelve a reactivarse al encontrarse en situaciones que rebasan la capacidad del sujeto para enfrentarlas. En este caso, cuando Vanesa refiere “pero ya no dejo que pase a más”, se observa una conciencia de sus propios procesos psicósomáticos, se observa un trabajo personal, en donde ella ha logrado identificar el porqué de sus síntomas y conflictos y hasta entonces puede tener control sobre ellos.

Durante sus episodios depresivos Vanesa oscila entre la angustia y la tristeza. En el periodo de angustia se observa un crecimiento excesivo de yang, ella refiere experimentar diversas sensaciones corporales que se agravan conforme la crisis aumenta, así: “En el estómago, siento como un hueco”, “como si mis piernas estuvieran muy calientes, los trapecios como que se me quedaban sin fuerza, esos eran los principales síntomas de mi angustia”, “Tienes una sensación de temblor en todo el cuerpo, tienes la sensación como si estuvieras encerrada, no te hayas en ninguna posición, no quieres hablar con nadie”, “Es una sensación de que te falta el aire, una sensación como de que todo te empieza a dar vueltas”.

Mientras que durante el periodo de tristeza hay una disminución de la energía, decrece yang y predomina yin y se presentan alteraciones del sueño: “únicamente quería dormir”, “no sabes describir porqué, simple y sencillamente te dan ganas de llorar”. Se

observa la inhibición propia de yin en el desánimo y pérdida de entusiasmo por las actividades que anteriormente eran placenteras “Todo lo que cuando no la tienes o cuando esta controlada te causa placer, cuando tienes depresión no lo disfrutas, o sea, salir, ver la tele, ir a alguna parte, escuchar música, a todas esas cosas no les hayas chiste, no le hayas chiste a nada”. “Cuando estaba deprimida apenas abría el ojo y decía ay no puede ser otro día mas, no me daban ganas de levantarme, no me sentía con las energías suficientes para levantarme ni para hacer nada. Me la pasaba llore y llore, me quedaba dormida toda la tarde y ya me despertaba como a las ocho, me llevaban la comida a la cama, la cena a la cama y no tenía humor de nada”.

Ambos estados, llegan a ser incapacitantes para la persona, ya sea que se encuentre en uno o en otro, se altera el equilibrio corporal y la energía no fluye adecuadamente, no hay el equilibrio entre yin y yang que se encuentra en las personas libres de enfermedad. El estado de angustia es tan desesperante para Vanesa, las emociones están tan fuera de su control que llega a presentar ideas o hasta intentos de suicidio, ella comenta que “un día de muertos, me estaba yo bañando y estaba escuchando a Vane que estaba jugando con unas barbies, pero de pronto empecé a escuchar su voz como con eco, y al escuchar su voz como con eco se empiezan a desencadenar todos los síntomas, la temblorina, el hueco en el estómago y demás, entonces los empecé a sentir y en ese momento fue cuando a mí me paso por la mente ya no quiero vivir, yo no sé como le voy a hacer pero de este baño no voy a salir, le cierro toda la llave caliente y quede con pura agua fría, por una desesperación terrible, instantes después de que me estuvo cayendo el agua fría, me insulté yo misma, me dije: sí babosa, tu te quitas aquí la vida y la primera que te ve es tu hija, y a ella es a la que le vas a desgraciar la vida, porque tú como quiera vas a dejar de sufrir, pero ella qué onda, inclusive toda mojada, nadamás me envolví en una toalla, me salí corriendo, le llame a mi mamá y le dije: sabes qué? Vente rapidísimo, porque yo me estoy volviendo loca y mi mamá rapidísimo llegó a mi casa y después de eso mis hermanas como que se dieron cuenta que tenían que estar mucho al pendiente de mí”.

Cabe mencionar que en el desequilibrio energético interviene significativamente el tipo de alimentación, Vanesa está obsesionada con la idea de bajar de peso, pues rechaza su propia imagen corporal y ha decidido someterse a una dieta rigurosa: “Ahorita que estoy a dieta nadamás desayuno en la mañana un café con leche, a las dos horas un yakult, un

yogurt, una manzana, un pedacito de melón o algo así. Tomo muchas cosas líquidas cuando me da hambre. Llevo como 4 o 6 meses en la dieta, dejé de comer pan y tortilla, lo que hago es acelerar el metabolismo comiendo cada dos horas, hay mas quema de grasa”. Ella obliga a su cuerpo a estar a la altura de los estereotipos sociales, sin embargo, se olvida de su salud y no contempla la posibilidad de llevar una alimentación balanceada, se olvida de su cuerpo y privilegia la imagen que proyecte ante los demás.

Al preguntarle a Vanesa a qué le atribuye la instalación de la depresión en ella, reconoce que: “Yo creo que ya traía cargando muchas cosas y esto fue como un aviso de que tenía que resolverlas, lo tomo como una oportunidad para crecer, para ser mejor persona, para mejorar muchas áreas de mi vida”.

Vanesa.

El abordaje de la depresión desde la medicina positivista.

Justo como se acostumbra en nuestra cultura occidental, a escindir el cuerpo, Vanesa ha tenido innumerables visitas a distintos especialistas, todos, le han proporcionado una explicación sobre sus padecimientos meramente fisiológica y biologicista: “Una de las cosas que me han explicado los dos psiquiatras que he visto, que el organismo cuando empieza a relajarse es cuando entonces la hipófisis que es en este caso lo que no te funciona correctamente cuando estas deprimido, es cuando la hipófisis empieza a protestar, cuando se siente todo tu sistema relajado”.

La historia clínica que le han elaborado, ha ido enfocada únicamente al cuerpo, no a las emociones, ese terreno no ha sido abordado, aún después de sus recurrentes recaídas.

Los psiquiatras a los que ha visitado le han otorgado interpretaciones de sus padecimientos, que intentan incluir aspectos emocionales “el psiquiatra llegó a la determinación de que yo tenía enuresis porque yo sentía a mi papá como rival”. Sin embargo, evaden abordar ese ámbito, su labor se queda a nivel del cuerpo como mero organismo, con una visión mecanicista, unicausal, de “atacar” al agente causante de enfermedad.

Dicho psiquiatra le recetó un antidepresivo (metriptilina) y un ansiolítico (meyeril) y a decir de Vanesa “Que yo me acuerde el medicamento psiquiátrico no me ayudó en nada, a excepción de controlar la enuresis no me ayudó en gran cosa”. Pues a pesar de que cedió la enuresis, el conflicto estaba allí, aún instaurado en el cuerpo de Vanesa. Ella reconoce que el síntoma era no controlar esfínteres, pero la emoción permanecía en toda ella y no tardaría en encontrar su manifestación por otra vía. Muy probablemente si hubiera resuelto su conflicto, hubiera sido menos propensa a padecer depresión en el futuro.

Ante su demanda de ayuda “mi mamá me llevó al hospital infantil para que me dieran tratamiento psicológico”, no obstante, ahí tampoco encontró respuesta a su petición, nuevamente fue escindida, sólo que esta vez fue vista como una “mente” nad más y se olvidaron de su cuerpo: “La psicóloga, lo único que me hacía era ponerme a dibujar, no platicaba conmigo ni nada”. El error de muchos psicólogos es recurrir a la psicometría

como único método diagnóstico, como si todos los padecimientos fueran “mentales” y se olvidan de realizar una evaluación integral del sujeto.

Años después, a partir del accidente de su abuela “Yo me empecé a sentir mal y mal y mal”, como su estado de salud empeoraba, por sugerencia de su padre acudió con un psiquiatra conocido de su esposo, quien le dió únicamente tratamiento farmacológico y se hizo sordo a su demanda emocional. Al inicio “pues muy a gusto me empecé a sentir, no te digo que de la noche a la mañana, porque no fue así, pero sí empecé a sentir yo mejoría, pero cuando el doctor me dijo: Yo espero que con el medicamento ya estés bien, que no necesites otro tipo de terapia, mas que la farmacológica, yo le dije: sabe qué doctor creo que yo tengo mucha necesidad de hablar y él intento darme terapia, yo no conozco mucho de terapias, pero creo que eso no era una terapia, él solamente me escuchaba, en ese momento a mí me sirvió bastante porque me desahogaba, pero él me dijo que iba a tomar el medicamento entre 6 meses y 1 año, y al año, él me quita el medicamento y yo me vuelvo a sentir peor que como al principio”

El tipo de fármacos que se utilizan para controlar la depresión alteran la bioquímica del organismo y en muchos de los casos son poco efectivos y no ayudan al paciente a resolver sus conflictos personales, esto puede ser consecuencia del abandono del cuerpo, el cual es visto únicamente como un mero organismo entrecruzado por fuerzas biológicas y fisiológicas desvinculado de su esencia energética.

Ante la falta de respuesta, su padre, nuevamente le sugirió acudir con “el psiquiatra de cabecera y que de alguna manera conoce el historial de nosotros, entonces, pues sí, fuimos con él, me mando otro medicamento totalmente diferente y pues también tardó bastante en hacerme, pero antes de que empezara yo a tomarme el medicamento yo me resistí mucho, busque alternativas que no me sirvieron, antes de llegar a las manos de mi psicóloga estuve 3 o 4 sesiones en un grupo de neuróticos anónimos, yo creía que ahí iba a encontrar la solución y no la encontré, yo dije: Es que cómo es posible, si ya tome un año medicamento, me lo quitan y me sigo sintiendo mal, no debe de ser por el medicamento, debe de haber algo mas, algo no esta funcionando, y yo me resistía a tomar el medicamento, pero me empecé a sentir peor y peor y peor” hasta llegar a la crisis referida con anterioridad, donde pasó por su mente la idea de quitarse la vida.

Tal fue el agravamiento de Vanesa que “por prescripción médica yo no me podía quedar sola, yo tenía que estar con alguien, alguien quien me estuviera supervisando, porque íjole es una angustia tan terrible que tu ya no la quieres pasar, definitivamente ya no la quieres pasar”.

Durante el periodo de enfermedad, Vanesa se hacía acreedora a cariño y atenciones por parte de su familia y esposo, mismas que demandaba desde que era pequeña y que no pudo hacer saber en otro lenguaje que no fuera el psicosomático.

“Entonces comencé a tomar el medicamento del psiquiatra, tardó en hacerme pero me hizo y estuve mucho tiempo con medicamento estable, sin variaciones, tomaba yo 2 antidepresivos, 2 ansiolíticos, 2 neurotransmisores y otro que no recuerdo para qué es, me daba muchísimo sueño y ya después me acostumbré”. A través del sueño distraía su atención de los síntomas de angustia y miedo que vivían permanentemente en Vanesa, sin embargo, el conflicto aún no se resolvía.

Además “no me resignaba yo a la idea de estar tomando medicamento toda la vida, porque tenía el antecedente de mi mamá y decía no, veintitantos años que tiene mi mamá tomando medicamentos yo no voy a pasar por lo mismo”. Vanesa tiene como referencia el caso de su madre, quien ha recibido ayuda psiquiátrica por más de veinte años y no ha habido mejoría en ella, únicamente se ha intoxicado su cuerpo.

Cabe mencionar que desde las experiencias referida por Vanesa, incluso se puede apreciar el divorcio al interior de la ciencia médica, entre los diferentes especialistas, pues a pesar de abordar todos únicamente el cuerpo, lo hacen de una manera desvinculada: “Después de ya haber estado bastante tiempo estable, me enferme de salmonela, tomé infinidad de medicamentos y con ninguno se me quitaba, me mandaron al gastroenterólogo, él me recetó determinados medicamentos, me los tomé y a los 15 minutos me empecé a sentir mal, las manos me empezaron a sudar horriblemente, me empecé a sentir desesperada, ganas de llorar y demás. Le llamé al psiquiatra y me dijo sabes qué? Nos acaban de echar a perder todo lo que llevamos arriba, entonces pues auméntale, por el momento tomate tal cosa y nos vemos aquí la siguiente semana y otra vez empecé desde el principio”. Con frecuencia pareciera que la persona es sujeto de experimentación de los médicos sin considerar los riesgos que corren.

‘En una ocasión cuando llevaba yo a Vane a un curso de verano me dijo un psicólogo, le platique lo que me había pasado y me dijo pues es que eso si está mal, entonces él comenzó a darme terapia, pero tampoco me convenció su terapia, en el momento me ayudó, pero ya después no’.

Otro error en el que incurren varios psicólogos es el mismo que el de los médicos, escindir al sujeto en cuerpo – mente, sólo se encargan de la parte ‘mental’ o ‘psicológica’, así llamada comúnmente, sin embargo, pocas veces hay una integración de todas las esferas de la vida del paciente, se cree que con simples verbalizaciones se llega a la sanación, olvidándose de que el sujeto es un todo, las consecuencias son las recaídas o empeoramiento de la enfermedad, además de la decepción de la propia persona en la ayuda que se le otorga, con lo que poco a poco ella misma va albergando sentimientos de desesperanza con respecto a algún día poder ‘curarse’.

En la actualidad ‘he estado bastante estable porque ya estoy en terapia y ya sé de alguna manera controlarlo, afortunadamente ahorita estoy a un paso de dejar el medicamento psiquiátrico’.

‘Con la depresión diagnosticada como tal, que el psiquiatra me dijo: tu tienes depresión en tercer grado, llevo 5 años, en terapia llevo como dos años y medio; el tratamiento psiquiátrico sí me funcionaba pero no sabia yo manejar las situaciones, no se me quitaba del todo, te puedo decir que se me quitó un 97 %, pero ese 3% aun me seguía dando mucho miedo no saber controlar esas emociones, entonces a partir de que yo entré en terapia psicológica yo he visto grandísimos avances en mi, grandísimos, de sesión a sesión yo he visto pasos agigantados en este trayecto’.

Vanesa ha logrado hacer concientes sus procesos psicosomáticos, ha logrado desenmarañar la red de emociones que la han conducido a la depresión y a otros padecimientos. Ha recorrido el arduo camino del autoconocimiento y reconocimiento de ser no sólo un cuerpo, no sólo una mente o un intento de vinculación entre ambas, sino un todo integral que se relaciona entre sí. Ha comprendido que lo que le afecta a su organismo le afecta también a sus emociones y viceversa, que es importante alimentar al cuerpo no sólo con comida, sino con actividades, ejercicio y emociones placenteras o positivas y también reconoce la importancia de canalizar aquellas emociones negativas.

Este trabajo personal ha conllevado también a la disminución de sus síntomas físicos, entre ellos, menciona que ha recuperado el entusiasmo por las cosas que hace “Afortunadamente ya tengo la capacidad de hacerlo porque antes no la tenía, ya disfruto mucho muchas cosas”.

Nuevamente salta el conflicto con su madre y de su relación con ella deriva gran parte de su conflictiva: “Antes, mi relación con la gente era, siempre me asumía como la niña que necesita protección, atención, cariño, pero por otro lado, como la madre protectora que quiere resolverle la vida a todo el mundo, yo daba y daba y me olvidaba de mi, siempre estaba disponible para los demás, esto obviamente por la relación con mi mamá, yo siempre fui la mamá de mi mamá no su hija y ella fue mi hija en vez de mi mamá”

El autoconocimiento la ha conducido a tener un mayor autocontrol y la ha llevado al camino de la sanación: “Ahora sé identificar muchas cosas, como el detonante de mis crisis y hace que vengan con mucha menor intensidad, si antes no sabía porqué de pronto me comenzaba a sentir mal, ahora ya sé, una luz, un olor, un lugar, ya sé identificar porqué, intento ubicarme, decirme a mi misma que ahora soy una persona distinta y que no es como lo estoy percibiendo, que esas mariposas en el estómago o esa angustia que de pronto me llega, es porque me estoy remontando a otros tiempos, a otro lugar, a otras personas y que no tengo porqué sentirlo, ahora, trato de calmarme yo misma y eso me ha ayudado mucho a que no llegue tan fuerte, ya no la dejo avanzar, aunque todavía estoy en ese proceso, porque no estoy del todo bien pero ya me siento mucho mejor que antes, ya no le tengo miedo a perder a mi mamá por ejemplo, es algo que he asimilado y ya no me siento responsable por lo que le pase, he comprendido que soy una mujer adulta, con una familia y que ya no soy la niña de 7, 8, 9 años”.

A pesar de que Vanesa no detalló sobre sus sesiones psicológicas actuales, deja ver que el trabajo terapéutico en el que se encuentra actualmente no ha sido parcial ni fragmentario como las veces anteriores o sus visitas con diferentes psiquiatras. Se ha ido apropiando de su cuerpo, de sus emociones y al conocer la raíz de las mismas, el miedo, incluso más grande de Vanesa, que era perder a su madre, se ha ido desvaneciendo conforme ha trabajado sobre el mismo. Pero para ello, cabe resaltar que ha tenido que remontarse a sus experiencias significativas de la infancia y sus

antecedentes familiares, pues sólo regresando al lugar de donde proviene ha podido encontrarse y recuperar su salud.

Por último es importante referir los antecedentes de depresión en su familia ‘Los de mi familia que han padecido depresión, además de mí, únicamente se han tratado con medicamento, a Eduardo le funcionó en su momento, lo dejó y hasta ahí quedó, mi hermana Maritza también tomó poco tiempo medicamento psiquiátrico, pero yo sé que no ha salido de esa, que tiene muchas cosas por dentro que de alguna u otra manera se manifiestan, en Eduardo se manifiestan con neurosis, en Maritza con migrañas, con gastritis, colitis, Mauricio paso por un proceso muy difícil que fue haber terminado con una novia con la que llevaba 13 años y también estuvo con medicamento psiquiátrico poco tiempo, pero él se inclino mucho hacia el lado espiritual y esa fue la manera de sanar su cuerpo y su alma, Ana toma medicamento y por cuestiones económicas no puede todavía tomar terapia psicológica y sin embargo esta dispuesta a hacerlo’. Su padre y su madre, también han recibido únicamente tratamiento psiquiátrico farmacológico.

Vane.

Estructura y dinámica familiar en la conformación de la identidad.

Vane es hija de Vanesa, tiene siete años de edad, cursa el segundo grado de primaria y es hija única. Proviene de una familia nuclear, la entrevista le fue aplicada a su madre y debido a su corta edad, la descripción de este caso será breve, pues al no entrevistarme con la niña y sus pocas experiencias de vida, no se tuvo la oportunidad de explorar en demasía algunos aspectos como en el resto de las entrevistadas. No obstante, este caso sirve para ejemplificar la herencia de la depresión de generación en generación.

El embarazo de Vanesa no fue fácil, fue a sus diecisiete años de edad y estuvo rodeado de una gran carga emocional negativa por su historia familiar y sus antecedentes depresivos. Albergaba culpa y un gran temor de repetir su historia personal con su hija, ya que Vanesa, al igual que su madre, es una persona depresiva y no deseaba que su hija se formara la misma imagen de madre que ella tuvo, a esto se le sumaron sus múltiples conflictos personales con relación a su propia madre y a su propia identidad.

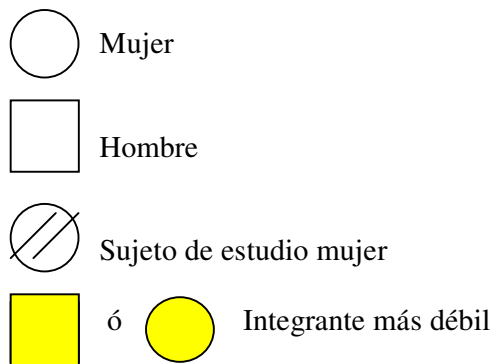
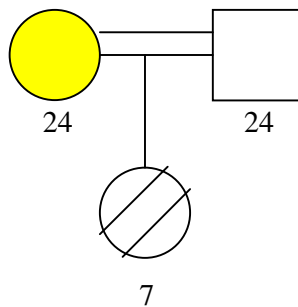
No obstante, en un intento por modificar el estilo de crianza, ha perdido de vista los límites que debe ponerle a su hija, le ha concedido poder y esta no la reconoce como figura de autoridad. Vanesa refiere que Vane es muy apegada a ella, no así a su padre, a quien alude muy poco en su discurso, al igual que como lo hace ella con su propio padre, Vanesa parece anular el rol paterno, lo minimiza en comparación con el rol activo que juega ella en la vida de su hija. Vane, indudablemente ha logrado percibir este particular y ve a su madre como figura más fuerte, pero no lo suficiente como para representarle autoridad. Vanesa refiere que su hija está más apegada a ella y eso se refleja en sus dibujos y fotos familiares. Ella también ha formado una diada madre – hija con Vane simbiótica, como en su momento lo hizo su madre con ella, en donde no hay cabida para la instauración de la ley paterna.

Vane ha tenido un desarrollo psicomotor y cognitivo “normal”, su rendimiento escolar es adecuado, sin embargo, esta área no se exploró a profundidad por las características de la investigación y el objetivo de la misma. Con respecto a sus interacciones, no tiene problemas para relacionarse con sus pares, no obstante, Vanesa la define como un poco aislada y no muy sociable.

Su padre, a diferencia de Vanesa es más alejado de ella y deja la mayor carga de la crianza a Vanesa, aunque es él quien la recoge todos los días de la escuela, pues su madre estudia su licenciatura y tiene como hábito dedicar todas las tardes a su hija, jugar un tiempo con ella y realizar sus tareas diarias.

Vanesa reporta que Vane es rebelde con ella, no así con su padre, le gusta llevarle la contraria y hasta parece que lo disfruta, aunque en realidad, su relación es positiva.

Familiograma gráfico de Vane.



— Parentesco

== Pareja formal

Los números que se encuentran debajo de cada símbolo indican la edad.

Vane.

Inicio de la enfermedad con Tristeza y dinámica de la depresión

Es curioso observar como se hereda la enfermedad, Vanesa refiere que su hija, desde los tres días de nacida comenzó a padecer recurrentemente de la garganta hasta los dos años y medio de edad, enfermedad que puede localizarse en el pulmón y se relaciona con el metal y la tristeza, lo cual no es de extrañar, ya que desde que Vane se encontraba en el vientre de su madre, seguramente percibía esa revolución de emociones que esta gestaba, con predominio de la tristeza y aunque era muy pequeña aún para manifestarlo con palabras, lo expresaba a través de la enfermedad.

A sus apenas siete años de edad, se puede apreciar en Vane la relación de interdominancia de sus emociones, de la tristeza pasó a la ira, su madre refiere que “hacía unos corajes, se despertaba y era berrear, de que volaba la mosca se enojaba” y desde los tres años sufre de dolores de cabeza. En este sentido, cabe mencionar que el dolor de cabeza persistente se debe al estancamiento de la sangre y quien se encarga de la distribución de la sangre es el hígado, lo cual se relaciona con el elemento madera, la ira que alberga Vane y el inadecuado funcionamiento de su hígado.

Vanesa llevó a Vane con un paidopsiquiatra ya que tenía problemas “de conducta”, hace berrinches todas las noches e invade el espacio de sus padres, pasa más tiempo en la recámara de ellos que en la propia y se levanta repetidas veces a visitarlos. Vanesa afirma que Vane no se ubica, no logra discernir su rol de hija en su familia y se siente con la misma autoridad que ella y su esposo.

Además, cuando Vane desea que se le ponga atención, “siempre se inventa algo”, algún dolor o molestia corporal para recibir cariño y caricias de la madre. Parece haber heredado de su abuela y su bisabuela, la enfermedad como vía de comunicación. En este particular, cabe recordar que Vane padeció durante sus primeros tres años de vida de las vías respiratorias, gripas recurrentes y en la actualidad sufre de dolores de cabeza constantes. A pesar de ser tan pequeña, Vane está aprendiendo el lenguaje de su madre y así como ella traslada patrones de su familia de origen a la que acaba de formar, seguramente Vane también lo hará si no hay un proceso personal en el que pueda percatarse de ello y partir de ahí para hacer modificaciones.

Vane.

El abordaje de la depresión desde la medicina positivista.

En el caso de Vane la única hija de Vanesa: “el paidopsiquiatra nos dijo que era demasiado manipuladora, que él a veces la veía hasta en una posición maquiavélica”. Cabe mencionar que dicho especialista “no la dio de alta, nos dio un lapso de tres meses para ver si las cosas funcionaban, por que dijo era más que nada cambiar dinámicas de familia”, delegando así, la responsabilidad de “sanar” a sus pacientes, en ellos mismos.

La formación psiquiátrica está enfocada principalmente a la medicación de acuerdo al cuadro clínico que presente el paciente, no se les prepara para abordar al ser humano en su totalidad, sólo tratan con cuerpos. Las terapias que les otorgaba el paidopsiquiatra se dirigían únicamente al aspecto conductual, las emociones sólo se tocaban a nivel del discurso: “Le preguntaron qué le hacía falta, pero nunca pudieron sacarle nada”.

En este particular, es importante recordar que la somatización o las manifestaciones comportamentales, sobre todo en los niños, es el lenguaje que se utiliza para expresar emociones que no puede traducir en palabras, así que resulta un trabajo fragmentario, abordarlo sólo a través del discurso, pues si el sujeto pudiera expresarlo tan claramente, no tendría la necesidad de buscar otros modos de expresión, otro lenguaje.

Con lo que se observa nuevamente de forma clara la escisión mente – cuerpo. Como consecuencia de dicha separación, lo emocional sigue rebasando la ciencia médica positivista, en varias ocasiones, ante el fracaso del tratamiento se le dan distintas explicaciones al paciente, creándole desconcierto y dejándole ver la falta de competitividad para tratarlo. Vane es un claro ejemplo “el dolor de cabeza de pronto nos dicen que es tensional, en algún momento nos dieron el diagnóstico que era migraña, en algún momento se pensaba que era pura manipulación, entonces no tenemos un diagnóstico como tal”.

En el caso de Vane, la mayoría de sus padecimientos han sido tratados por medio de la alopátia, para atender sus gripas recurrentes al nacer “le mandaron distintos medicamentos, inclusive al principio le mandaban vacunas por si era alergia” y “sí le funcionaron muy bien”. Con respecto a las crisis epilépticas, le recetaron Valproato de

Magnesio, Trileptar y han cedido dichas crisis. ‘Para el dolor de cabeza le llegaba a dar tempra, Motrin, pero si veo que no es muy fuerte no le doy nada’.

Vanesa mencionó que ha detectado que en ocasiones Vane utiliza dichos dolores de cabeza para llamar su atención. Nuevamente, observamos que la emoción está ahí y los medicamentos sólo alivian temporalmente los síntomas.

Susana.

Estructura y dinámica familiar en la conformación de la identidad.

Susana es hija de Ana, tiene cuarenta y cuatro años, es casada desde hace veintitrés años y tiene un hijo de once años de edad, se dedica al hogar. Es la tercera de nueve hijos y la primer mujer. Ella a diferencia de Vanesa y en similitud con su madre y su tía Gabriela siente que ocupa un lugar poco privilegiado para su madre, ella siente que ocupa “el lugar de tantos hijos pero claro que no el del predilecto”. En vez de ello, siente un apego más fuerte hacia su padre como su madre y su tía.

Siempre ha tenido una relación negativa con su madre y alberga rencor hacia ella por las constantes diferencias que hacía entre su hermana Lola y el resto de las hijas, incluyéndose: “Cuando era joven sentía mucho rencor hacia mi mamá porque hizo mucha diferencia con mi hermana Lola y con todas las demás, ella siempre fue su preferida. Llegó el momento en que yo no toleraba a mi mamá, no la podía ver ni en pintura y llegué a decírselo, que yo no la quería. Llegué a sentir algo feo por mi mamá”.

Tiene la sensación de haber sido rechazada por su madre, al compararse con su hermana, a quien considera la preferida de ella, le atribuye características de las que ella carece y con ello intenta explicarse el porqué de esas diferencias: “Dice mi mamá que cuando yo era chiquita, pues fui la primer mujer, ella deseaba una niña y era su adoración y la de mi papá, pero yo creo que después llegó Lola, ella era muy amiguera, yo era muy especial, a mí todo el mundo me caía mal”.

No obstante, no culpa a su hermana por ello, incluso, había una buena relación entre ellas: “Sin embargo, con Lola siempre me llevé bien, el día que se casó yo la extrañé mucho porque me quedé sola, siempre estábamos juntas, era con quien me llevaba mejor”.

Además del coraje que sentía hacia su madre: “También llegué a sentir algo feo por mi hermano el mayor, no lo toleraba, sí llegue a decirle en mi adolescencia: Ay ojalá te murieras maldito seas. Él era muy fregón, siempre le gusta estar molestando a las personas”.

Susana concibe a su madre como una madre dominante: ‘Mi mamá fue muy enérgica, más que mi papá y siempre se hacía lo que ella decía’. Y además: ‘Siento que nos cargó mucho la mano, que nos dio muchas responsabilidades que no nos correspondían’.

Ana, al igual que su madre, delegó en sus hijas obligaciones desde pequeñas con respecto a las labores domésticas, a pesar de haberse quejado de que su madre hizo lo mismo con ella, Susana dice: ‘Desde que me acuerdo que tengo uso de razón, mi mamá tenía hijos y yo y Lola a lavar pañales, a encargarse de los uniformes, a hervir café, leche, traer el pan, nos mandaba al mercado, nos repartía la ropa para plancharla y no nos dejaba salir hasta que hiciéramos lo que nos dejaba. Yo a los 11 años ya les daba de comer a mis hermanos’.

Pero además de las labores domésticas, le dejó la responsabilidad a Susana de hacerse cargo de su hermana la menor: ‘Vanessa era mi hija, esa fue otra responsabilidad que yo asumí, lo hice con amor, porque yo a ella la quiero como si fuera mi hija, pero que mi mamá muy contenta igual me lo dejó’.

Ana, igual que como su madre lo hizo con su hermana Gabriela, le dirigía un trato especialmente diferente a Susana con respecto al resto de sus hijos y pretendía dominar la vida de Susana y que esta se quedara con ella: ‘Mi mamá no quería que me casara, me decía que qué iba a hacer la niña sin mí, me chantajeaba con eso, me sentía yo culpable, mal. Me dejó de hablar mucho tiempo. Ella era muy déspota conmigo’. Cabe mencionar que Ana no hace alusión a esto en su discurso.

Susana, al igual que su tía y su madre, tiene a su padre en un concepto ideal: ‘Yo a mi papá nunca le tuve coraje, mi papá era mi adoración’, a pesar de que dentro de su educación incluía los golpes ‘A mí sí me pegaron mucho porque fui bocona, no me dejaba’. Sin embargo, responsabiliza a su madre por ello: ‘¿Sabes qué me alegraba mucho? Que me pegaban y no lloraba por no darle gusto a mi mamá. Mi mamá nos acusaba con mi papá y él nos pegaba’.

Ahora Susana le devuelve el rechazo a su madre, aunque se observe que le cueste trabajo reconocerlo abiertamente: ‘Y ahora que mi mamá me abraza, me dice que me quiere, no es que no me guste, es que lo siento extraño porque ella nunca fue así con nosotros, mi

papá tampoco. A lo mejor como éramos tantos hijos no nos podía dedicar a cada uno el tiempo que hubiéramos querido, mi mamá que yo recuerde jamás nos hizo una caricia”.

Indudablemente hay una huella mnésica corporal de esa carencia de afecto, que en la actualidad, se traduce en sus innumerables enfermedades y sensación de extrañeza en todo su cuerpo. Susana parece no reconocer su cuerpo, este le parece ajeno, incluso afirma que “cuando no me duele algo, hasta me siento rara”, no sabe vivir en él si no es a través de la enfermedad. Es muy significativo cuando dice “jamás nos hizo una caricia”, una caricia que se quedara grabada en su memoria corporal.

Susana presenta baja autoestima, desde pequeña ha sentido que las demandas familiares son superiores a sus capacidades: “Yo creo que esperaban mucho, mi papá es de los que piensan que los hijos tienen que remunerar algo de lo que les dieron”.

“Ya no quise estudiar porque se me hizo muy pesado, ¿sabes qué traía yo? Mariano estaba en tercero, Eduardo en segundo, yo entré a primero, íbamos en la misma secundaria, entonces ellos eran así como que los súper inteligentes, ellos puro diez y tú sácate un siete ¡Ay en la torre!. Los amigos de mi hermano me decían: No es posible que uno de ustedes haya tronado una materia. O sea, yo traía la etiqueta de mis hermanos, de que todos podían y llegó el momento en que dije no ya no quiero y me bloquee y ya no quise”.

Refiere que otros momentos significativos de su vida familiar se remontan a las carencias económicas y lo que ello conllevaba, sobre todo durante la enfermedad de su padre: “Cuando sentíamos hambre, cuando estábamos chiquitos, comíamos ya hasta que oscurecía, porque mi papá no trabajaba, estaba enfermo, le dio depresión”.

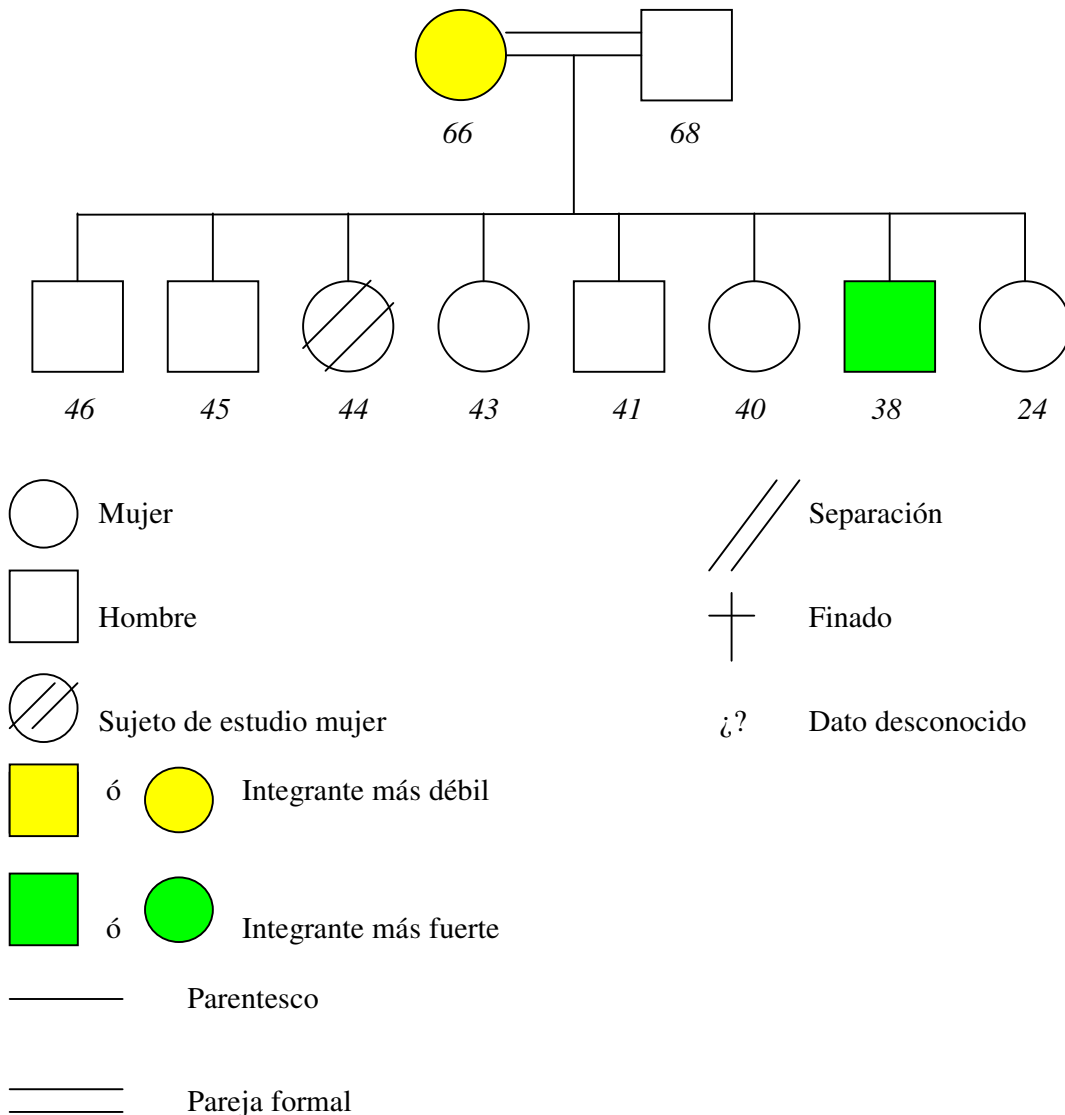
Todos los momentos significativos a que hace alusión Susana en su discurso los sitúa en un pasado muy lejano y se niega a reconocer su dinámica familiar actual, ella la vive como libre de conflictos y llena de armonía “Lo que más me gusta de mi familia es la unión. No hay nada que me disguste”.

Susana considera a su hermano Mauricio como la persona más fuerte de su familia, “porque yo creo que es el que nos ha dado más apoyo tanto moral como económico. Él siempre concilia los disgustos”.

Por otra parte, afirma no identificarse “con ninguno, todos somos distintos”.

Susana coincide con la percepción de Ana y de Vanesa en considerar que la persona que necesita más apoyo dentro de su familia es la madre, no obstante, agrega: “o ya no sé, porque ella es muy chantajista”. Sostiene entre líneas que ésta utiliza la enfermedad como vehículo para que todos le provean de atención y afecto. Sin embargo, no se percata de que ella ha aprendido de su madre, esa forma de comunicar sus necesidades. Lo cual se apreciará en el siguiente apartado, al dilucidar la instauración de la depresión en Susana.

Familiograma gráfico de Susana.



Los números que se encuentran debajo de cada símbolo indican la edad.

Susana.

Inicio de la enfermedad con Ira y dinámica de la depresión.

Susana refiere un historial muy largo de enfermedades, mismo que comienza con sentimientos de ira, comentó “cuando era joven sentía mucho rencor hacia mi mamá porque hizo mucha diferencia con mi hermana Lola y con todas las demás, ella siempre fue su preferida”, “No la toleraba, llegué a sentir algo feo por ella, llegué a decirle que yo no la quería”. El enojo que Susana sentía hacia su madre por el rechazo o que percibía por parte de ella fue afectando su hígado poco a poco. También refiere “coraje” hacia su hermano mayor.

El inadecuado funcionamiento del hígado, quien se encarga de drenar y dispersar la sangre, da lugar, entre muchas otras cosas, a dolores de cabeza recurrentes. Susana, a los seis años de edad comenzó con dolores de cabeza persistentes y padece migraña desde hace cinco años.

Además, desde los diecisiete años padece de los riñones, afección que se relaciona con el elemento Agua y la emoción de miedo, mismo que se presenta durante sus crisis depresivas.

Tres años antes de que naciera su único hijo sufrió un aborto y tuvo muchas dificultades para volver a embarazarse, a pesar de que después de numerosos estudios médicos no encontraban la causa, pues, aparentemente, “todo estaba normal”. Recordando que para entonces, su hígado y riñones ya no funcionaban adecuadamente, es comprensible su incapacidad para concebir, ya que el útero es un órgano extraordinario que se relaciona precisamente con el riñón y el hígado, a pesar de no referir alteraciones en su ciclo menstrual en ningún momento, su cuerpo no encontraba las condiciones idóneas para gestar un hijo.

Posterior a eso empezó a agravarse su estado de salud, se enfermó de gastritis y predominaban la Obsesión. Al respecto afirma: “Soy muy obsesiva de que las cosas tienen que estar precisamente en su lugar, soy muy rutinaria, estoy loquita”.

La enfermedad siguió su ciclo de interdominancia y comenzó a obsesionarse con una enfermedad que le dio en la garganta (pulmón, elemento metal), a causa de dos

bacterias. A partir de que en una ocasión sintió que se ahogaba “sentí la muerte”, lo cual la llenó de miedo (elemento Agua) y dicho cuadro se le repitió en varias ocasiones más. A pesar de que médicamente ya está “curada”, ella afirma que desde entonces no siente su garganta normal. Posteriormente acudió con un otorrinolaringólogo y le diagnosticaron sinusitis.

La idea de morir de una crisis de tos y asfixia la conducía a experimentar angustia y finalmente tristeza. Fue entonces cuando el curso del ciclo de la energía cambió al de intergeneración. Parece que al llegar a este punto fue contactándose con sus verdaderas emociones, pues comenzó a hablar acerca de la soledad que sentía y poco tiempo después encontró alivio mediante su tratamiento.

Susana comenta que “Lo primero que empecé a sentir fue angustia, esa desesperación, me sentía toda temblorosa y ya después me entró la tristeza”. El inicio de su padecimiento se marca con aquella experiencia tan traumática de su crisis de asfixia que se compaginó con su personalidad obsesiva “Sentía miedo a lo que me pasó, nadamás empezaba a sentir algo raro y decía me va a pasar otra vez. A cada rato me estaba observando haber si notaba algo raro, incluso me salió una vez una mancha en la lengua, fui con el doctor y me hizo una biopsia porque le dije que en mi familia hay antecedentes de cáncer. Y salió bien y me dijo que era un hongo. Yo decía: no tendré cáncer en la garganta?. Era todo el tiempo estar piense y piense, es que me voy a morir y si me muero delante de mi hijo?”.

En este caso, la energía concentrada en el elemento Agua, que alberga el miedo, se trasladó al elemento Tierra, que fue cuando comenzó a referir angustia y también en la tierra se ubica la obsesión. En lo posterior, hubo un suceso que cambió el ciclo, al de interdominancia – menos dañino que el anterior – y le hizo experimentar tristeza: “Yo ya no quería estar en mi casa, llegó el momento en que yo la sentía sola, oscura, triste”.

Susana platica: “Yo me empecé a deprimir por eso (sus enfermedades), empecé a sentir mucha tristeza, ya no quería estar sola. Mi primera tristeza más grande, fue un sábado que me quedé en mi casa, no estaba mi vecina, me asomé, estaban todos los departamentos oscuros, a mí no me gusta sentir esa quietud, por ejemplo a mí la semana santa nunca me ha gustado, no me gusta sentir esa tranquilidad”.

Este sentimiento de soledad y quietud, muy probablemente Susana lo relacione con la carencia afectiva que vivió de pequeña, esa falta de cariño por parte de su madre y de algún modo, rechazo de la misma. Pues ella refiere en el transcurso de la entrevista que su madre nunca fue una madre afectiva, nunca le dio caricias ya que eran muchos hijos y no podía darse tiempo para cada uno de ellos. De modo que ahora, su demanda de afecto y atención surge con base en sus carencias afectivas primarias y lo hace con su cuerpo, enfermándose, pareciera que cada día está en busca de una enfermedad nueva, al extremo de la hipocondría y a través de la manifestación de sus síntomas corporales logra atraer la atención de quienes le rodean y deslindarse de algunas responsabilidades como quehaceres domésticos, que fue lo que no pudo hacer cuando era más joven y soltera, su madre le adjudicaba “obligaciones que no nos correspondían” y sin embargo, tenía que cumplirlas. Ahora no. A través de la obsesión y la compulsión pretende controlar su mundo interno y el exterior.

Susana no puede controlar a su madre, no puede hacer que la “quiera” y la “acepte” como a sus demás hermanos, por eso, ahora, se empeña en controlar su entorno, principalmente a su esposo y a su hijo a través de sus múltiples y continuas enfermedades. A través de sus síntomas, ella está demandando atención, cariño y cuidados.

Susana.

El abordaje de la depresión desde la medicina positivista.

En el caso de Susana ha sido común que a pesar de numerosos estudios que se ha practicado, los médicos, la mayoría de las veces, no han encontrado una base orgánica ni fisiológica para sus padecimientos, sin embargo, siguen tratándola con medicamentos alópatas.

Pero en el caso de Susana, no sólo ha sido la insistencia de los médicos en encontrar bases fisiológicas a sus padecimientos, ella misma presenta un elevado nivel de negación de sus problemas y si acude con un especialista y no le detecta nada, recurre a uno y a otro y a otro hasta que uno de ellos encuentre ‘por fin’ al agente patógeno causante de su mal. ‘Mi hermano me mandó un antihistamínico que se llama Letarmin (para la garganta). Mi cuñada me mandó a hacer unas radiografías de la garganta y que me comprara el ese para los asmáticos. A parte estaba tomando antibiótico. Las radiografías salieron bien, no había nada en mi garganta. Después fui con un dentista que sabe de todo, lo conocemos desde hace muchos años y le tenemos mucha confianza, él ve lo que hace y te ayuda por amor. Yo tenía un miedo a toser, decía, en cualquier momento me va a dar y ya no voy a poder reaccionar. Él me mandó hacer un exudado y resultó que tenía dos bacterias’.

Susana hace todo por evadirse y no contactar sus emociones, por ello salta de un especialista a otro sin resultados exitosos. ‘El urólogo luego me dice que es dolor muscular y me manda medicamento y todo pero no se me quita. Me dolía y me medicaba y haz de cuenta al mes y medio me volvía a doler y me medicaba sola, entonces llegó el momento en que ya no me hizo nada el medicamento’. ‘Ya ni las cafiaspirinas me hacen nada (para la migraña)’. ‘Me aplicaba el ese para los asmáticos y no funcionó (para la garganta)’. ‘Mi cuñada me mandó otro antibiótico, me acabé ese tratamiento y no me hizo nada, me mandó otro más fuerte y no me hizo nada, y yo cada vez estaba peor, ya era yo un globo, así toda inflamada, porque se te complica la gastritis, riñones, intestino, todo’.

Y en su discurso deja ver el componente emocional ‘Tenía que dejar el medicamento (para la garganta) en cinco días, lo empecé a disminuir, nos regresamos a mi casa, pero

yo con un miedo horrible de quedarme sola” y su personalidad obsesiva – compulsiva: “casi me dormía sentada, me ponía tres almohadas del miedo que sentía de quedarme otra vez sin respirar y otra vez me viene la asfixia. Le hablamos a mi cuñada y dijo que no era para que me hubiera sucedido porque estaba tomando el antihistamínico”.

Para Susana, a pesar de los innumerables tratamientos recibidos para la migraña y riñones, estos no ceden por completo. A través de la obsesión – compulsión, mantiene confundidas sus emociones, no puede ni desea contactarlas, pues éstas aún le generan mucha angustia, no se atreve a expresar abiertamente el coraje hacia su madre y el dolor que alberga por su rechazo, cuando llega a hablar sobre dichos sentimientos, los refiere en pasado y así, los mantiene alejados de su aquí y ahora para evitar la culpa por sentirlos, pues su educación rígida y moralista le ha enseñado a no manifestarse en contra de sus padres, mucho menos en contra de su madre y el precio de la represión es la depresión enmascarada con múltiples enfermedades.

Angélica.**Estructura y dinámica familiar en la conformación de la identidad.**

Angélica es una mujer de 31 años de edad, es casada desde hace ocho años y tiene dos hijos, un niño de 7 años y una niña de tres. Estudió el Bachillerato con carrera comercial y en la actualidad se dedica al hogar.

Ella proviene de una familia nuclear compuesta por su madre de 50 años de edad, su padre quien tiene 55 años y tres hijos, de los cuales ella es la mayor, su hermano Mauricio tiene 27 años y Lázaro 15. La educación que ha recibido en el seno familiar ha sido tradicionalista y machista, su padre es una persona dominante quien lleva el control del hogar, con lo cual Angélica está en contra y sostiene no haber repetido estos roles en su matrimonio “aquí mi marido todo es partes compartidas, todo lo dialogamos, los dos de común acuerdo, allá no, allá es lo que dice mi papá, para el dinero inclusive”. Agrega “yo estoy del lado de mi mamá y le digo no pues no te dejes, trato de apoyarla, ella siempre estuvo educada así, el hombre es el que manda”.

Siempre ha sentido un fuerte apego hacia su madre, incluso cuando recién se casó pasaba la mayor parte del tiempo en casa de ella con la justificación de que su esposo a causa de su empleo casi no estaba en casa: “antes como él no estaba me la pasaba en casa de mi mamá, me encerraba en ese círculo, pero por el problema de mi mamá me salí, porque ya no era sana la convivencia y un psicólogo me dijo tienes que estar fuera”.

Un evento significativo que ha sido determinante en la historia de vida de Angélica es la bipolaridad de su madre. Cuando ella tenía seis años de edad su madre comenzó con dicho padecimiento, el agravamiento de su salud fue tal que tuvieron que internarla psiquiátricamente, en repetidas ocasiones intentó suicidarse, acontecimientos que Angélica presenciaba “yo veía cuando quería romper los vidrios con el puño, cuando se quería cortar las venas o cuando se tomaba muchas pastillas, entonces yo siento que todo eso se te queda muy fijo”.

Esa etapa de su vida fue determinante para la construcción de su propia identidad y de su enfermedad de bipolaridad actual. En la época en que su madre se encontraba internada psiquiátricamente Angélica tuvo que encargarse del cuidado de su hermano Mauricio, su padre visitaba con frecuencia a su madre mientras se encontraba hospitalizada y Angélica lo acompañaba, pero por su corta edad no le permitían la entrada.

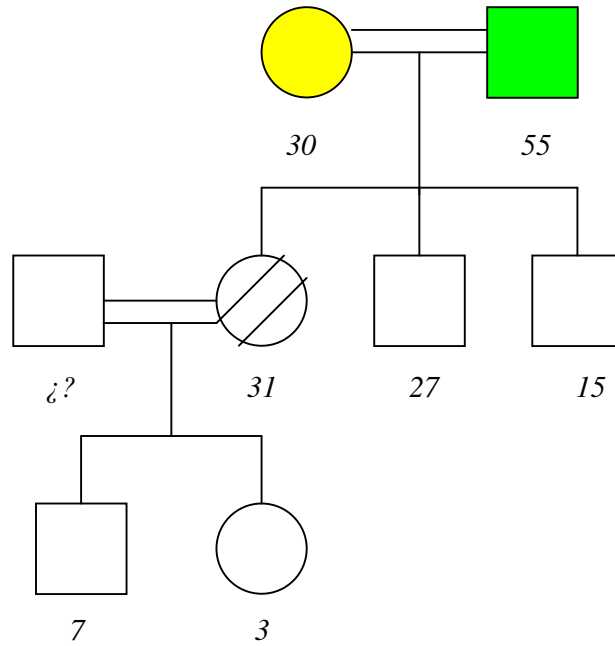
Con ello Angélica se fue formando una imagen de su madre de fragilidad emocional y además se sintió desprotegida al verse alejar a su figura primaria a causa de una enfermedad tan grave como esa. Angélica habla poco sobre su relación con su padre, pero es evidente que este no ha fungido como figura primaria significativa y durante esa época recibió poco apoyo por parte de él. Sintió que tuvo que enfrentar sola el hecho de no tener a su madre cerca, se sintió desvalida y percibía que las emociones que se gestaban en ella estaban fuera de su control.

Es perfectamente comprensible el hecho de que Angélica considere a su madre como el integrante que necesita más apoyo dentro de su familia de origen, no obstante, dice identificarse con ella. Posterior a un año, su madre fue dada de alta del hospital psiquiátrico Fray Bernardino, sin embargo, “aún saliendo del hospital tomaba fuertes dosis de medicamento, se la pasaba dormida”. De manera que a sus siete años de edad, “yo sentía la responsabilidad de cuidar a mi hermano”, quien en ese entonces tenía dos o tres años de edad.

Angélica no se sentía preparada para asumir esas responsabilidades ni para manejar el hecho de no contar con el apoyo, cariño y protección de su madre. Un elemento que se agregó a dichas experiencias tan significativas y traumáticas fue el hecho de sentirse culpable por la enfermedad de su madre “mi abuela me decía es que tu mamá se enfermó por tu culpa”, esto debido a que Angélica sufrió abuso sexual por parte de su abuelo y pensaba que el hecho de haberse enterado su madre, le afectó a tal grado de haberla llevado a enfermar.

Angélica a lo largo de la entrevista se centró en la narración de dichos acontecimientos, por ser los más representativos para ella y por la angustia que aún le generan, habló muy poco acerca de sus hermanos, con quienes parece no tener mucho contacto.

Familiograma gráfico de Angélica.



○ Mujer

□ Hombre

○/ Sujeto de estudio mujer

■ ó ● Integrante más débil

■ ó ● Integrante más fuerte

— Parentesco

== Pareja formal

// Separación

+ Finado

¿? Dato desconocido

Los números que se encuentran debajo de cada símbolo indican la edad.

Angélica.**Inicio de la enfermedad con Miedo y dinámica de la depresión.**

Angélica desde muy pequeña albergó un miedo constante a perder a su madre, pues esta, padeció trastorno bipolar desde que ella recuerda y estuvo internada en un hospital psiquiátrico. La situación emocional de la madre y su ausencia temporal, la dejó con un sentimiento de desprotección y la llevó a presentar enuresis a los seis años de edad por el desequilibrio de su energía que comenzó en el elemento Agua: “Yo llegaba al hospital psiquiátrico, no me dejaban entrar a ver a mi mamá, pero a mí me andaba de la pipi, yo no me podía subir al metro porque me orinaba, era mucho miedo de muchas cosas, a subirme a un camión, o sea, miedo al encierro”.

A pesar de haberse resuelto su problema de enuresis, el miedo no se fue de su cuerpo, siguió instaurándose en él y alterando el equilibrio de su energía, desde hace tres años padece de las vías urinarias, de manera que el desorden de su energía sigue concentrándose en el elemento Agua y sigue afectando a su vejiga.

También padece en la actualidad de migraña, enfermedad que afecta a un órgano extraordinario como es el cerebro y reconoce “Mi problema de la migraña es saberme sola”. Soledad que experimentaba desde su infancia por la ausencia de su madre.

Actualmente Angélica sufre de trastorno bipolar, generalmente se encuentra en una fase hipomaníaca y refiere vivir permanentemente en un estado de ansiedad e ira, dice violentarse fácilmente ante el menor estímulo.

En esta mujer se observa el movimiento y alteración de su energía de la emoción de miedo que se ubica en el elemento madera, pasa a la ansiedad correspondiente al elemento tierra y de la ansiedad a la ira que se ubica en el elemento madera.

No obstante, Angélica relaciona sus síntomas de ansiedad con sus enfermedades de vías urinarias: “Yo empiezo con mi problema de vías urinarias cuando tengo cualquier ansia”.

Angélica presenta un desorden de la energía bastante severo y salta de una emoción a otra “Mi estado de ánimo, ahorita estoy feliz y en menos de cinco minutos así de

nadamás voltearme ya estoy totalmente triste o desesperada o con mucha ansiedad”, además: “Ya un punto de que me tengo que tratar es que de repente me pierdo de la realidad”, haciendo referencia a su falta de control de impulsos agresivos, ella misma percibe que experimenta emociones que están fuera de su control y que además no solo le afectan a ella, sino también a sus hijos: “Yo si estoy con mis hijos y estoy muy enojada, agarro algo y lo aviento, no puedo controlarme, cuando regreso en mi, cuando me doy cuenta ya lo hice”. “Cuando a veces estoy con mis hijos y algo me molesta demasiado me pierdo, me pongo muy muy violenta, e igual con mi esposo”.

Esta mujer presenta un estado hipomaniaco, en el cual el predominio de yang es muy fuerte, incluso la sensación corporal que refiere mientras se siente angustiada, tiene que ver con yang y el estómago: “Ya detecté que estoy totalmente ansiosa y una comezón que me empieza a dar por todo el cuerpo”, “Sientes en el estómago aquel vacío, hueco, horrible”.

El descontrol tan grave de su energía se hace evidente cuando comenta: “Muchas veces me ha pasado la idea de suicidarme, nunca lo he hecho, tomarme pastillas, no porque yo lo viví con mi mamá y a lo mejor es lo que a mí me detiene un poco. Sobre todo cuando me peleo con mi marido, por cualquier tontería, porque mi matrimonio no es así de pleito. Cuando algo no me sale bien, aquí también ay me quiero morir, de todo estoy pensando que me quiero morir”.

También presenta alteraciones de sueño, padece de insomnio, cuando logra dormir por periodos breves durante la noche se despierta súbitamente con una sensación de angustia, pensando en sus hijos y obsesionándose con la idea de que algo puede pasarles mientras ella duerme. Dicha ansiedad, corresponde al elemento Tierra como ya se mencionó, pero un elemento adicional es la obsesión. “Por lo regular no duermo luego en las noches, de pronto me despierta una ansiedad, grito ¡mis hijos! y me levanto a verlos que estén bien, los tapo y ya me regreso a acostar y de repente otra vez”.

El predominio de yang que puede observarse en su estado hipomaniaco también le impide focalizar su energía en una misma actividad, reporta que “corro como toda mi vida, toda mi ansiedad, siempre tengo prisa, siempre estoy bajo presión” y le dificulta concretar las actividades que comienza.

Otros eventos detonantes de sus síntomas son: ‘Si mi marido se tarda más de lo que él me dijo empieza mi ansiedad, miedo, pánico’. ‘Hasta la fecha, algo se me sale de control, es un llorar, o sea esa ansiedad’. Pero principalmente la trastorna el hecho de saber a su madre o hijos enfermos. ‘Cuando mi mamá está enferma inmediatamente empiezo con mi problema de vías urinarias, cuando tengo cualquier ansia, estoy pensando más allá, qué va a pasar, entonces sientes en el estómago aquel vacío, hueco, horrible’. Una manera de calmar sus síntomas es llamando por teléfono a varias personas, a su madre, parientes y esposo. Aunque éste último resta importancia a su padecimiento, o incluso lo niega, ‘mi esposo siempre me dice: tú no es tás mal’.

Angélica considera que su trastorno bipolar ‘es genético’, pero también incluye un componente emocional ‘yo estoy convencida de que un trastorno de estos tiene que ver algo en tu niñez o a lo mejor en tu adolescencia que te marca y te hace ser así, o sea, a parte de lo genético, hasta donde sé es algo que no te llega al cerebro, pero yo siento que algo lo tiene que desencadenar’.

Es evidente que además de su historia y dinámica familiar, Angélica guarda una huella mnésica corporal del abuso que sufrió por parte de su abuelo, a pesar de sus intentos por negarlo, ella sostiene ‘yo siento que eso a mí no me afecta, eso yo lo superé, tampoco nunca me afectó en cuanto a mis relaciones sexuales, pero a lo mejor sí me afectó en cuanto a lo que te digo que me pierdo’.

Angélica relaciona el hecho de que su madre padezca bipolaridad al abuso que, al igual que ella, sufrió y lo ve como un patrón que se repite en ella misma: ‘yo lo veo con mi mamá, le pasó y se le determinó el problema bipolar, a mí se me figura que voy por el mismo camino’. Dicha creencia la reafirma al referir a una amiga suya quien ‘era totalmente bipolar, una vez ella me comentó que por parte de su papá hubo abuso sexual, entonces yo siento que la enfermedad ya la traes, pero algo la tiene que desencadenar’.

Angélica.

El abordaje de la depresión desde la medicina positivista.

Angélica de primera instancia acudió al neurólogo por su problema de migraña, mismo que la envió a realizarse una tomografía de cráneo y un electroencefalograma, pero además, ‘la doctora me dijo que primeramente fuera a ver lo del problema bipolar’, con lo cual se ve el divorcio al interior de la misma medicina y el afán por fragmentar el cuerpo al dividir la atención sanitaria en varias especialidades.

Angélica sintió enojo ante este hecho y pensó ‘¿y no, que se vayan a la fregada, es una sacadera de dinero con los doctores. Además, en esta mujer se observa una resistencia a atenderse por la experiencia que tuvo con su madre al llevarla a varios psiquiatras y no observar mejoría en ella: ‘Yo no he querido buscar ayuda profesional porque cuando vas a un médico, a otro, vas a mil psiquiatras y te cobran carísimo y ves que no resulta’ haciendo alusión al caso de su madre.

Pero también su negativa a acudir con un especialista obedece al hecho de negarse a ella misma su enfermedad por el miedo que le da reconocer que tiene el mismo problema que su madre: ‘entonces en un principio yo no iba por lo que costaba y ahora a lo mejor me hago tonta, yo creo que es el miedo a que mi esposo siempre me dice: no si tú no estás mal, pero yo realmente estoy convencida de que tengo un problema’.

Con ello vemos que la avidez que predomina en nuestra sociedad occidental por escindir la atención de la salud tiene repercusiones verdaderamente importantes como el hecho de causar renuencia en las personas a atenderse, provoca escepticismo y desgaste al acudir a varios especialistas y no encontrar respuesta a su conflicto ‘cuando estoy así muy muy mal, digo ahora sí voy a ir, pero lo dejo pasar’.

Esta negación a recibir ayuda ocasiona que una enfermedad progresiva como es la depresión o en su forma más grave la bipolaridad, se haga tan grave como para poner en riesgo la vida del sujeto que la padece, pues además de que la calidad de vida se deteriora con el paso del tiempo, al no recibir ayuda, es más probable que un paciente con las características como las de Angélica, pierda la posibilidad de inhibir el impulso de suicidarse en una de sus crisis. Y entonces la intención de restaurar la salud física,

emocional y mental de la persona, por parte de los especialistas positivistas causa un efecto contrario al deseado, acercando más al sujeto al límite de la enfermedad y en el peor de los casos a la muerte.

Liza.

Estructura y dinámica familiar en la conformación de la identidad.

Liza es una mujer de 47 años de edad, su estado civil es divorciada, tiene dos hijos: Liza de 25 años, casada y Emanuel de 20, quien es soltero y vive con ella. Liza es Licenciada en Derecho, aunque no ejerce, actualmente es trabajadora administrativa de una Universidad y su posición económica es desahogada.

Ella proviene de una familia semiextensa, compuesta por su madre de 73 años de edad, su abuelo de 95 años, su abuela quien falleció a los 90 años, tiene una hermana Gemela y un medio hermano de 38 años de edad.

Quien se encargó de su crianza fue principalmente su abuela. Su madre quedó viuda cuando ella tenía tres años de edad, por lo que guarda pocos o nulos recuerdos de su padre. Posterior a nueve años del fallecimiento de su padre, su madre se casó nuevamente, alejándose del seno familiar y dejando a ella y a su hermana gemela al cuidado de la abuela, al año se separó y regresó con ellos.

Considera que la educación que le brindaron sus abuelos fue “enérgica, buena, porque tenemos valores, principios bien fundamentados”. No obstante, un acontecimiento determinante en la historia de vida de Liza fue la pérdida de su padre a su corta edad, la cual le dejó un vacío y resentimientos ocasionados por el hecho de ver sufrir a su madre al grado de que “ella intentó suicidarse con pastillas” y también por el hecho de culparlo inconscientemente por el abandono de ella al alejarse del seno familiar posterior a dicho evento.

Liza posee una imagen negativa de su madre “mi mamá es una persona fuerte, pero también es una persona amargada”, su relación nunca ha sido cercana, sino más bien lejana. Su figura primaria fue su abuela, quien le proveyó de cuidados y afecto durante su infancia, no en vano que la considere como el integrante más fuerte de su familia de origen y tan representativa es para ella que al fallecer hace cuatro años “se vino a desbaratar la familia tanto de origen como mi familia de matrimonio”.

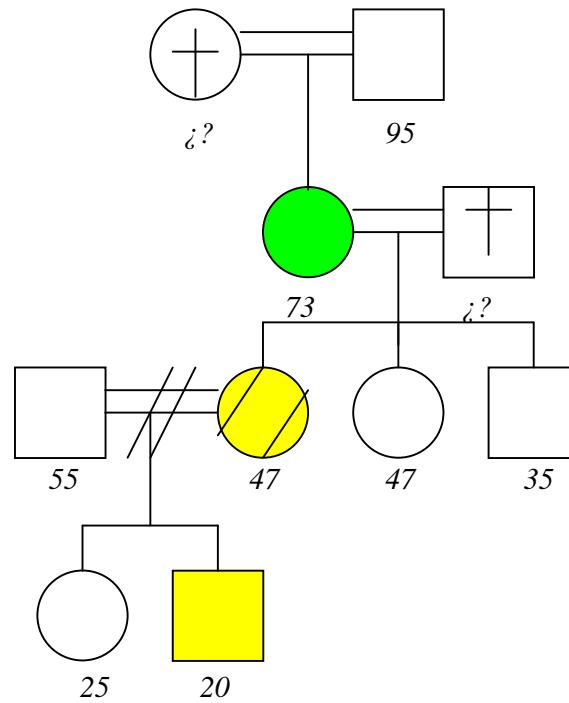
A pesar de no contar con la presencia de su padre, para Liza siempre prevaleció su sombra, al ver el sufrimiento de su madre y el hecho de tener que ajustarse a sus designios aún después de fallecido: “de mi infancia me acuerdo de destellos, feliz entre comillas porque al morir mi padre le dice a mi abuelo: le encargo a mis dos hijas, quiero que estudien en el Colegio Alemán. Para nosotros fue un martirio durante nueve años ir al Colegio Alemán porque había mucho racismo, diario llorábamos para ir al colegio, pero fue una norma, una ley porque fue decisión de mi papá”.

En esta dinámica de tener a su madre alejada, deprimida y la ausencia de su padre, provocó un sentimiento de rechazo en Liza y la conformación de su identidad fue inclinándose hacia el lado negativo, a lo que se le sumó el hecho de sentirse inferior a su hermana gemela, en quien deposita características virtuosas y de las que ella considera adolecer: “cuando uno es gemelo es una situación totalmente diferente a cuando uno tiene hermanos, porque desde el vientre de la mamá sufre el ser humano, porque siempre hay una que tiene más poder y yo siempre me ví hasta cierto punto opacada o con miedo a no estar cerca de mi hermana, yo era la callada, la que siempre estaba a la sombra de mi hermana, para que yo me sintiera segura, por el miedo de no sentirme aceptada por los demás, ella por su forma de ser, le gusta mucho ser el centro de atracción y yo callada”.

Todos estos factores fueron conformando su personalidad dependiente, misma que traslada en todos sus vínculos interpersonales, sobretudo al relacionarse con el sexo masculino. La dependencia hacia su hermana la arrastró aún después de casarse “mientras estaba recién casada me la pasaba junto con mi hermana en casa de mi mamá o en mi casa, pero siempre juntas”, lo que le trajo problemas en su matrimonio y por lo cual Liza albergaba culpa.

Liza es una mujer que tiende a establecer no sólo relaciones dependientes sino sádico masoquistas, donde ella se asume como “sumisa, servilista, me ponía como tapete”. La relación con su ex esposo estuvo impregnada de violencia, se casó con un hombre alcohólico que siempre la rechazó y le dirigió agresiones: “mi matrimonio fue desde un principio un tormento, desde que me casé él era alcohólico, él me decía algunas situaciones con relación a mi persona, por hacerme menos, para agredirme, que estaba gorda, que no servía, entonces eso me fue marcando durante treinta años”.

Familiograma gráfico de Liza.



○ Mujer

□ Hombre

⊘ Sujeto de estudio mujer

■ ó ● Integrante más débil

■ ó ● Integrante más fuerte

— Parentesco

══ Pareja formal

⧘ Separación

⊕ Finado

¿? Dato desconocido

Los números que se encuentran debajo de cada símbolo indican la edad.

Liza.

Inicio de la enfermedad con Miedo y dinámica de la depresión.

Liza presenta un trastorno bipolar que comienza con una emoción de miedo, según ella, desde incluso, antes de nacer: ‘Primero mi miedo cuando nací, tengo entendido que fui la más pequeña, era a no estar cerca de mi hermana (gemela)’, comenta que desde el nacimiento hasta su juventud codependía de ella y a la fecha se define como una mujer llena de miedos, ‘a no sentirme aceptada por los demás’, ‘a la cosa económica’, ‘a quedarme sola, no tener una pareja’, cabe agregar ‘yo creo que por eso aguanté tanto’ refiriéndose a su esposo alcohólico y misógino.

Tal llegó a ser su autorechazo con respecto a su propia imagen corporal cuando estaba casada que comenzó a tomar anfetaminas en forma desmedida durante un año, esto ocasionó que su cuerpo se intoxicara al grado de presentar ‘síntomas mentales, yo se ntía que las paredes las rasguñaba, me daba miedo salir, me daba miedo hablar, no soportaba el ruido’, el desorden de su energía fue tal que la llevó a caer en estado de coma, por lo que tuvieron que internarla psiquiátricamente.

Sin embargo, la primera ocasión que ella recuerda haberse sentido deprimida fue en su adolescencia ‘cuando terminé con un novio porque me sentí otra vez rechazada’. Sus experiencias significativas de la infancia la dejaron vulnerable a posteriores pérdidas, pues Liza no tuvo la oportunidad de hacerse de recursos emocionales para enfrentarlas.

Pero la primera vez que esta mujer recibió ayuda psiquiátrica fue posterior a presenciar un intento de suicidio de su madre. El miedo predominante en Liza corresponde al elemento Agua y se relaciona también con la pérdida de su control de esfínteres durante su crisis bipolar más grave y su actual cistitis nerviosa.

Además, ‘me enfermé de la tiroides’, padecimiento que se deriva del corazón, se explica perfectamente en el elemento Fuego y la emoción de alegría, pero alegría extrema, presenta estados maniacos severos, que incluso han llegado a ser incapacitantes. No obstante, cicla entre dichos estados y episodios depresivos.

La manía y el miedo en ella, están en constante interacción, al igual que sus ciclos de depresión y manía. En sus estados depresivos, ella dice presentar enfermedades recurrentes de las vías respiratorias “gripa, catarro, tos”, lo que guarda relación con el elemento metal y el órgano pulmón: “Me vino una gripe muy fuerte, pero nerviosa, porque fue cuando yo determiné meter la demanda de divorcio”.

Liza parece haber empezado a tomar conciencia de la asociación entre sus estados emocionales y el deterioro de su salud: “Cuando uno se enferma de la garganta es porque hay un nudo aquí que está atorado y que no pudiste sacar para que fluyeran todas las sensaciones buenas o malas”, “Me bajan tanto las defensas con la depresión que estoy tan sensible que agarro lo que está en el ambiente”.

El desequilibrio de la energía en Liza es muy grave y se podría afirmar que yang acapara por completo la esfera energética durante sus episodios maníacos, en los cuales presenta excesiva actividad, ha experimentado sentimientos de despersonalización, percepción distorsionada de los estímulos, escaso o nulo control de impulsos y excesiva agresividad: “Yo dejé de dormir tres meses, nadamás quería estar haciendo ejercicio, ahí hay algo de la situación de lo físico, otro miedo, de la cosa de no engordar. Yo tenía una energía y una fuerza. Pero también se me afectó la cosa sexual, yo quería hacer la relación sexual con todos los hombres habidos y por haber”. “Yo demuestro mi depresión ... me pongo hiperactiva, duermo menos, no me canso de lo que haga”.

“Empiezo a ver cosas dobles, yo veía muchas fantasías, yo sentía que las paredes las rasguñaba. Me encerraba en la oficina y a rascar las paredes, a sentarme en un rincón y no querer ver gente, de no querer comer”.

“Luego empiezo a sentir que en un busto me estaba saliendo una bola por acá, otra por acá... al grado de que fue avanzando todo y yo ya decía incoherencias”.

En dicha crisis bipolar se aprecia que Liza presentaba una franca fuga de la realidad: “Una depresión en donde si mi hija se enfermaba ya no me importaba, yo quería salir encuerada a la calle, yo ya no vivía en la realidad”. También presentaba delirios de persecución: “Llega la hora de la comida y tiro toda la mesa y digo: es que me quieren

envenenar, quieren que yo enloquezca, le hablé a mi conuño, por favor vénganme a salvar porque aquí me quieren matar”.

Durante los episodios bipolares no puede hablarse de que el sujeto presente emociones puras, así como hay exceso de actividad, alegría extrema, euforia, también hay agresiones que corresponden a la emoción de ira: “La situación es de que yo siento una agresión y me pongo muy agresiva con las personas, empiezo a pelear, a ser muy intolerante y exploto por cualquier cosita, he visto que de repente sí me pongo muy agresiva”.

Sin embargo, durante los episodios depresivos yin predominaba en exceso, al grado de inhibir patológica y de manera incapacitante varias funciones corporales: “Empecé a sentir comezón en el lado izquierdo, sentía un cosquilleo, un adormecimiento, perdí mis esfínteres, el habla, el movimiento de los brazos, me quedé toda chueca, toda engarrotada, no sabía comer, no sabía hablar, no sabía nada, era un vegetal, estaba inconsciente, hasta que llegué al estado de coma”.

A pesar de que Liza cicla entre estados depresivos y maníacos, estos últimos son mayores y yang predomina “demuestro mi depresión comiendo más, me pongo hiperactiva, duermo menos, no me canso de lo que haga, debo estar comiendo a cada rato sin tener hambre”. Sí llega a presentar episodios de letargo y adinamia, donde yin es mayor, pero en la actualidad ya no llegan a ser tan incapacitantes, al respecto comentó: “me aísló, quiero estar sola y lloro”, “cuando estaba casada y me sentía deprimida no quería ni arreglarme”, dormía en exceso y su energía para realizar sus actividades cotidianas era escasa.

Liza no refiere angustia como emoción predominante, sino secundaria, “Esa sensación de arañar las paredes, esas sensaciones de angustia”. Lo principal para ella es el miedo a lo largo de todo su discurso: “Me daba miedo salir, me daba miedo hablar, no soportaba yo el ruido. Las personas a veces tenemos miedos y no los identificamos. Mi más fuerte miedo es a quedarme sola. Empecé en el trabajo a tener mucho miedo a no poder redactar un oficio, nisiquiera un memorándum”.

Liza.

El abordaje de la depresión desde la medicina positivista.

En el momento en que Liza presentó su primer y más grande crisis de bipolaridad, posterior a la ingesta excesiva de anfetaminas, su madre la llevó a recibir atención psiquiátrica y los médicos le diagnosticaron “una encefalitis viral”, para la que le suministraron “gases carbónicos y electroshocks” que no tuvieron mayor éxito.

Ante la no mejoría de Liza, su madre decidió llevarla al hospital psiquiátrico Fray Bernardino, donde “me hicieron pruebas psicológicas, psicométricas, no sé los resultados, duré una tarde nadamás internada porque mi mamá dijo: de aquí la saco porque si no está loca me la van a enloquecer”.

Posteriormente la trasladaron al hospital Centro Médico, en dicho lugar “estuve en el piso de neurología y luego en el piso de psiquiatría”. Permaneció aquí alrededor de seis meses o un año, Liza dice no recordar con exactitud, lo que sí tiene presente es que “se supone que me dieron Carbamazepina, pero una dosis muy alta, Valium, Librium y Diazepam”, el cual “sigo tomando de por vida, ya mi cuerpo está totalmente intoxicado”.

En el caso de Liza, al igual que en los casos anteriores, se observa la incapacidad de los médicos para atender la salud de forma integral y exitosa: “le dijeron a mi mamá que ya no me podían tener en el Centro Médico porque me pasaban de un piso a otro y no me encontraban nunca nada, los encefalogramas salieron completamente normales”.

Como consecuencia de la decepción por la deficiente atención profesional que hasta ese momento había recibido Liza, su madre decidió llevarla a casa “pero me vuelvo a poner mal y me llevaron al San Rafael, ahí estuve con camisa de fuerza, ahí me empezaron a recuperar, de qué forma no lo sé, me dieron electroshoks, recuerdo que me ponían una mascarilla en la cara y yo veía a dos monstruos encima de mí, deteniéndome. De la noche a la mañana desperté, empecé a tratar de hablar, a tratar de caminar, de recordar y empezaron mis terapias”.

El manejo de fármacos a nivel psiquiátrico es muy delicado y su mal uso puede llevar a un paciente a empeorar, lo cual seguramente le ocurrió a Liza. El tratamiento que le

otorgaban iba dirigido únicamente a los síntomas que presentaba atribuidos a la esfera mental, por lo demás, Liza se encontraba deteriorada: “yo salí pesando cuarenta kilos, toda la cara llena de granos, sin cabello casi, cuando me veo libre pues quiero comer y de una sentada me acababa un kilo de gomitas, una rosca Swandy yo solita, desayunaba excesivamente”.

Posterior a su salida del hospital San Rafael continuó siendo tratada a través de la farmacología, específicamente con “tegretol y rivotril”, mencionó “tomaba mi pastilla que es el rivotril, te duerme porque yo tomaba tres al día, me dormía, despertaba y ya quería comer, estaba noquedada para que no fuera tan agresiva, a los tres meses subí a 110 kilos, por eso me enfermé de la tiroides, ya más adelante, bajo en una semana 25 kilos”.

Hoy en día Liza comenta que “a la fecha estoy tomando carbamazepina, tegretol, rivotril y diazepam”. El olvido de su cuerpo se hace evidente, los psiquiatras que se encargaron de controlar las crisis maníacas de Liza la escindieron y le proveyeron de un tratamiento igualmente fragmentario, que sólo se enfoca a sedar su organismo para impedir que sea agresiva y tenga conductas exhibicionistas. No obstante, no se observa ningún intento por indagar qué hay de fondo en todo su padecimiento, mucho menos la construcción del mismo, ni hay una preocupación por otorgarle algún tipo de terapia.

Fue hasta hace poco que Liza, por sugerencia de su hija, se dio a la tarea de comenzar un trabajo personal a través de recibir una sesión con una terapeuta del grupo ALANON, creado para familiares de personas alcohólicas; con la ayuda que se le brindó, aunado a que ha recurrido a la programación neurolingüística “empiezo a darme cuenta que yo soy la que estoy más mal que el alcohólico, quiero rescatar todos mis valores de autoestima, de seguridad, de amarme a mí misma..., ví que quería estar a expensas de los demás y hacer lo que los demás quisieran para yo sentirme aceptada, querida..., yo tengo que empezar a valorarme, quitarme esos miedos, el desapego”.

Liza sentía la necesidad de hablar y de ser escuchada por alguien, de encontrarse a sí misma y descubrir el porqué de sus conflictos “a mí ya no me duele hablar de eso, a mí me fortalece”. Lo cual se favoreció con el hecho de que “de la noche a la mañana me llega una persona que es mi terapeuta, lo he visto tres veces, pero diario tenemos terapia

vía telefónica”. Con dicha terapia “me hace centrarme y ver que yo tengo que tomar decisiones por mí misma, sean buenas o malas”.

Se aprecia que Liza ha dado grandes pasos en el camino del autoconocimiento y sanación, pero esto sólo pudo comenzar a lograrlo a partir de recibir otro tipo de ayuda distinta a la psiquiátrica y farmacológica; no sólo han disminuido sus síntomas, sino que además, logra tener conciencia y control sobre sus procesos psicósomáticos al reconocer sus emociones como propias e ir las trabajando: “yo ya no quiero vivir con lágrimas, todos los días oigo una canción y me acuerdo de mi tristeza, de mi depresión y veo que estoy un poco mejor porque ya no hay ese miedo tan fuerte como lo sentía, ya no hay ese resentimiento, estoy tranquila. He estado trabajando mucho y sí hay momentos que me viene, como todo es un sube y baja, hay depresiones, pero ya son más cortitos esos momentos, más largos los de alegría, los de aceptación, los de vivir bien para mí”.

Emanuel.**Estructura y dinámica familiar en la conformación de la identidad.**

Emanuel tiene 20 años de edad ‘próximos 21’, es soltero, no tiene hijos, actualmente estudia el sexto semestre de la carrera de Medicina y no trabaja. Él proviene de una familia desintegrada, vive solo con su madre, la cual tiene 47 años, aunque en una casa contigua habitan su abuela y su bisabuelo. Su única hermana, de 25 años, ya está casada desde hace 4 años y vive apartada de ellos, sus padres se separaron hace 6 meses y tiene poco que se divorciaron, por lo que su padre, de 55 años vive independiente de ellos.

Su padre “siempre ha tenido problemas con el alcohol” y lo describe como “un alcohólico agresivo, hiriente”, lo cual ha sido determinante en su historia no sólo familiar, sino de vida y en la conformación de su identidad por la violencia intrafamiliar que imperaba en su hogar hasta hace seis meses: “yo desde chiquito crecí entre mentadas de madre, entre gritos, insultos, humillaciones y crecí también entre promesas de mi mamá de: es que me voy a divorciar de tu papá”. Agrega “entonces vas creciendo con una perspectiva de la familia medio disfuncional”.

La imagen que tiene de su padre no sólo es agresiva, sino totalmente devaluada “él es muy buen arquitecto, pero es bien menso, tiene la oportunidad de tener bastantes proyectos, pero su círculo de amigos no es bueno y siempre lo andan chamaqueando”. A pesar de que anhelaba la separación entre sus padres, dice sentirse triste por dicho acontecimiento y extrañar a su progenitor.

La privación de afecto en Emanuel durante su infancia, dejó huellas mnésicas en él, a pesar de sus intentos por minimizar sus efectos “no te voy a decir que haya habido carencias de cariño en la casa y si las hubo de parte de mi papá, mi mamá las compensaba, mi mamá es un amor, se desvive y todo”.

Tiene la necesidad de rescatar la parte positiva de la educación que le brindaron para no desestructurarse “de la educación no me quejo porque no estoy metido ni en broncas, ni en drogas, no tomo, voy muy bien en la escuela, tengo buenas bases de educación, soy responsable, pero hay algunas cosas que mis papás pudieron haber evitado y que no me pudieron haber hecho tanto daño”.

No obstante, otro factor que se ha conjugado al anterior para determinar la identidad y la personalidad de Emanuel ha sido la relación con su madre, de primera instancia, cabe señalar que su crianza estuvo a cargo de una nana y no de su mamá, este desplazamiento del rol de crianza de la madre se justifica por el hecho de que “mi mamá todo el día trabajando, mi papá pues en su trabajo y en sus ondas”.

De manera que Emanuel tuvo pocas oportunidades de sentir la cercanía y protección de su madre, de hecho le atribuye parte de la responsabilidad por el clima de violencia que imperaba en su casa y tiene un concepto de ella de fragilidad emocional. No obstante, esta ha fungido como figura representativa para él e incluso dice identificarse con ella, pero dicha identificación es en sentido negativo “yo soy más del carácter de mi mamá, o sea, cualquier cosita y pum, voy para abajo, hay veces que no sé, o somos muy nobles o somos muy pendejos”.

El hecho de sentirse rechazado por su padre y la aversión a su carácter alejó de Emanuel la posibilidad de tomarlo como figura de identificación. La privación de afecto de la que fue víctima lo hizo vulnerable a pérdidas afectivas y fue determinante para que hoy en día busque afanosamente el afecto y la aceptación de los demás, lo cual se ha visto reforzado por la identificación con su madre “mi mamá se desvive, da la vida por cualquiera de nosotros y pus yo por el estilo, también ando procurando que los que me rodean estén a gusto, estén tranquilos, no les falte nada y hay veces que tanto mi mamá como yo dejamos nuestra felicidad y nuestra comodidad y nuestra estabilidad por los demás”.

Emanuel posee una autoestima baja, una autoconcepto devaluado que se fue gestando al interior de su familia por el maltrato que sufrió desde pequeño, se describe como “soy muy inseguro”, los insultos que su padre le dirigía tuvieron su efecto en él y ahora “a veces me levanto y digo: es que no puedes salir así, o sea das pena, me pongo a pensar en el espejo y digo: das pena, como que no me aceptaba”

Desde su infancia Emanuel se vio privado de afecto, imperó una sensación de soledad, la cual aún permanece en él y razón por la cual demanda afecto afanosamente. Los recuerdos más significativos de su vida están enfocados a las ocasiones en que su padre estuvo ausente de eventos importantes para él a causa de su alcoholismo, “me puse en la balanza, una botella de alcohol y yo y mil veces pudo más una botella de alcohol que

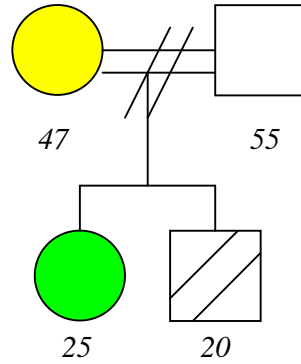
yo”. Un evento particularmente determinante para él fue una ocasión en que su padre le confesó que en varias ocasiones le deseó la muerte a su mamá por sentir la necesidad de percibirse libre.

Emanuel posee una concepción de su madre, que puede denominarse escindida, por un lado, le concede atributos positivos por ser el integrante de su familia, con quien mejor relación sostiene y por compensar las carencias afectivas por parte de su padre, pero por otro lado, la victimiza y la considera como el integrante que necesita más apoyo “porque no ha tenido una vida fácil y no se merece la vida que ha llevado, desde chiquita perdió a su papá cuando tenía tres años, mi papá siempre ha sido un alcohólico, siempre le estuvo diciendo es que estás muy gorda, entonces tanto lo quería mi mamá que para complacerlo se ponía a dieta, empezó a tomar unas anfetaminas y en un año se volvió loca, entonces entró al manicomio”.

Esto ocurrió cuando él tenía cuatro o cinco años de edad, su madre padece de trastorno bipolar y fue internada psiquiátricamente por una crisis aguda, época en la cual Emanuel quedó a cargo de unos tíos, quienes lo maltrataban, otro acontecimiento que marcó su vida y su identidad.

Por otro lado, la relación con su hermana es distante, ambos son muy distintos de carácter, la considera como la persona más fuerte de su familia, al igual que a su padre: “mi hermana siempre adorando a mi papá, como un roble sin quebrantarse”, a pesar de que “mi papá nunca la bajó de una puta y mi hermana sin hacer absolutamente nada, sacó el carácter de mi papá, porque mi papá es así como que también muy seco, muy entero, pase lo que pase, mi hermana también”.

Familiograma gráfico de Emanuel.



○ Mujer

□ Hombre

▧ Sujeto de estudio hombre

■ ó ● Integrante más débil

■ ó ● Integrante más fuerte

— Parentesco

══ Pareja formal

⧘ Separación

⊕ Finado

¿? Dato desconocido

Los números que se encuentran debajo de cada símbolo indican la edad.

Emanuel.

Inicio de la enfermedad con Angustia y dinámica de la depresión.

Emanuel está conciente de que las emociones que fueron albergándose en él por las agresiones constantes de su padre lo han llevado a enfermarse “mi papá seguía tomando, nos humillaba a mi mamá, a mi hermana y a mí, me decía cosas y... me empecé a enfermar, empecé a hacer de los problemas de mis papás mis problemas y me angustiaba, yo los oía gritar, decirse de majaderías”.

De manera que la emoción de angustia fue instalándose en su cuerpo desde muy corta edad “cuando mi papá estaba en la casa, yo siempre estaba bien angustiado porque llegara borracho y nos empezara a decir de cosas”.

Posteriormente se ubica: “tenía un genio impresionante, tenía mal humor”, se encontraba enojado por que su madre no se decidía a separarse definitivamente de su padre y terminar con esa dinámica de agresiones constantes.

Finalmente se dice “triste, por la impotencia de no poder hacer nada por mi mamá, yo veo que se está derrumbando”, a causa de su divorcio y por su personalidad depresiva.

Aunque Emanuel no reportó enfermedades frecuentes, el ciclo de sus emociones comienza en el elemento tierra, que se asocia con su estado de ansiedad, mismo que tiene efecto en el estómago “se me revuelve el estómago, siento como un nudo, como mariposas”. De ahí, se traslada la energía al elemento madera, correspondiente a su emoción de ira y culmina en el elemento metal, que guarda relación con la emoción de tristeza que experimenta en la actualidad.

Cabe mencionar que su estado emocional es grave, refiere ideas persecutorias y conductas autodestructivas. “Antes de que yo fuera al psiquiatra me sentía tan mal que le robaba su diazepam a mi mamá y me lo tomaba y me tranquilizaba y había veces que me quedaba dormido toda la tarde”. Recurre al sueño para evadir sus episodios depresivos.

Emanuel refiere la tristeza como su emoción principal, durante sus crisis predomina yin “Mis actividades no cambian, hago exactamente lo mismo, solo que con menos ganas y

como menos, hay veces que no tengo hambre, no soy de muy buen comer”. “A veces tengo ganas de llorar pero no me salen lágrimas, es horrible, no puedo”. Emanuel ha conseguido bloquear algunos canales que le impiden dar salida a sus emociones, con lo que se niega la posibilidad de sanar.

Tiene un autoconcepto pobre y se vincula con una sensación de rechazo por parte de los demás. ‘Sentía que no merecía a mi novia, como que digo es mucha mujer para mí, sentía que en cualquier momento me iba a dejar por otra persona. tal vez yo tenga así como un tipo de autoestima baja. A veces me levanto y digo: es que no puedes salir así, o sea, das pena; como que no me aceptaba”.

Hay que recordar que él, al igual que otras mujeres entrevistadas experimentó la pérdida de su madre durante el tiempo que ella se encontraba internada en el hospital psiquiátrico y sufrió el rechazo y agresiones de su padre durante toda su vida, lo cual lo llevó a experimentar sentimientos de vacío y profunda tristeza.

Dicha tristeza ha sido tan incontrolable para él, sus emociones negativas han desorganizado su energía a tal grado de llevarlo a presentar conductas autodestructivas: “Antes de que yo fuera al psiquiatra me sentía tan mal que le robaba pastillas a mi mamá, le robaba su diazepam y me lo tomaba y me tranquilizaba y había veces que me quedaba dormido toda la tarde”. Emanuel no encuentra apoyo por parte de nadie para hablar sobre sus problemas, constantemente “Me sentía solo porque siento que mis problemas no le importan a la demás gente, me sentía como excluido”. Refiere que sus amigos lo ignoran cuando se acerca a ellos para desahogarse y minimizan su sentir, su hermana le hace burla por considerarlo como débil, su padre muestra poco interés en él y a su madre no puede recurrir porque “es muy aprehensiva” y se preocupa demasiado.

La incapacidad de Emanuel de manejar las emociones que lo invaden lo han orillado a desear hacer una regresión, “me gustaría mucho regresar a ser niño, porque es una etapa en la que no te das cuenta de muchas cosas”.

Emanuel.

El abordaje de la depresión desde la medicina positivista.

Con motivo de la gravedad de su estado depresivo, Emanuel sintió la necesidad de buscar ayuda profesional, de manera que acudió al Departamento de psicología de su escuela, donde le aplicaron varias pruebas psicométricas y “me dijeron que sí tenía depresión”, sin embargo, comenzó a sentirse mejor y dejó de acudir.

Posteriormente, en una de sus crisis, le pidió a su madre que lo llevara con algún especialista y su ésta decidió llevarlo con un psiquiatra “hace como dos meses”, dicho psiquiatra “me dio una receta con un cocktail de cómo unas cinco medicinas, puros antidepresivos, antipsicóticos porque tenía así como que ideas paranoicas”. No obstante, abandonó el tratamiento por que “cada consulta no es nada barata y la verdad no estamos muy bien económicamente”.

Actualmente Emanuel toma Tafil de manera periódica cuando “me dan mis depres”, por lo que no hace un buen uso de este medicamento y sólo lo utiliza como un medio para aminorar sus síntomas y evadir el hecho de enfrentar sus conflictos personales.

Es necesario mencionar que Emanuel se resiste a recibir ayuda psicológica “por que no me gusta estar pidiendo ayuda, no me gusta hacerme el sufrido” y además “no me gustaría hacerme farmacodependiente, me gustaría ser así como que una persona que puede controlar sus sentimientos y emociones”, lo que ignora es que mientras no reconozca dichas emociones que alteran su energía, su estado de ánimo y en general su salud, no podrá tener control sobre ellas.

Brenda.**Estructura y dinámica familiar en la conformación de la identidad.**

Brenda tiene veintiséis años de edad, es soltera, no tiene hijos, estudió enfermería y trabaja en el Hospital de la Mujer. Es la mayor de tres hijos, le sigue su hermana Pamela de veintitrés años y su hermano Jaime de veintiuno.

Ella proviene de una familia desintegrada, vive con su madre, quien tiene 53 años de edad y hermanos, sus padres siempre han vivido separados, “porque mi papá es casado, mi mamá fue su deslíz. Mi mamá nunca ha tenido otra pareja”. Su padre cuenta con 60 años de edad.

Aunque los padres de Brenda nunca han vivido juntos, a veces se queda con ellos por “do s o tres días”. Esta situación ha matizado la dinámica familiar, ha sido determinante en su historia y en la conformación de su identidad, a pesar de que a ella misma se niega las repercusiones que le ha traído.

Al preguntarle acerca de sus recuerdos significativos familiares, respondió “No tengo ninguno presente”. A su padre: “Lo veo diario, a veces hasta dos, tres veces en el día, de ratitos”. “Si mi papá viviera con nosotros no me adaptaría”. Dice estar acostumbrada a su ausencia y además alberga sentimientos de enojo hacia él, pues su padre tiene otra familia y ella siente que la suya es secundaria, además él es alcohólico y la relación entre ellos es: ” Lo tolero un rato pero nadamás, me llevo a veces bien y a veces mal, él es una persona muy difícil. Cuando está en su juicio está tranquilo y cuando está cooperativo me llevo bien, pero cuando está como siempre, con sus alcoholes, cuando está de impertinente y de malas, o cuando yo estoy en un plan de no soportar a nadie, no me llevo bien”.

Evidentemente Brenda está muy enojada con su padre por su ausencia y alcoholismo, ha sido una figura representativa para ella, pero en sentido negativo, su relación, como lo refiere, no es buena, pues deposita en él la mayoría de la responsabilidad de su situación familiar.

Con respecto a cómo concibe a su madre la considera como “buena gente”. De ella dice que “Es como alma que lleva el viento, casi nunca está en la casa”, con lo que deja ver, el abandono que inconscientemente trae a costas por parte de ella. A pesar de que la crianza de Brenda ha estado a cargo de su madre, ésta parece estar ausente en muchos momentos de su vida,

Sin embargo, para ella el verdugo es su padre, afirma que él “es muy posesivo y a mi mamá le gusta ser libre. A él no le gusta eso, le gusta tenerla aquí bajo su dominio. Mientras ella hace lo que él dice se llevan bien”.

Inconscientemente también guarda enojo hacia su madre, pero predomina la idealización que tiene de ella para hacerse una imagen que le procure el afecto que necesita. Contrario a las mujeres anteriores, considera a su madre como la persona más fuerte de su familia “porque ha tenido que pasar muchas cosas y ha tenido que aceptar muchas otras”, refiriéndose al hecho de que su padre tenga otra familia.

De toda su familia con quien lleva una relación más positiva es con su madre, sostiene que “me adapto más con ella”. Sin embargo, reconoce que le gustaría cambiar el hecho de que su mamá “no tiene carácter, que tuviera más carácter”. No obstante, a pesar de dicha connotación negativa, dice identificarse con ella: “somos de la manera de pensar similar, nuestro carácter es similar”.

En dicha identificación, aunado a la dinámica familiar y al rol que le ha tocado jugar dentro de su familia, Brenda ha ido construyendo un autoconcepto pobre, de todos los miembros, ella es la más aislada y se asume como “muy sentimental, no muy adaptable, todo me daña”. Consideremos que Brenda ha carecido de una figura primaria afectuosa y cercana y también considera ser “la loca, dicen mi papá y mi mamá, porque si hay algún problema yo me aíso”. En general, se describe como una persona solitaria, tímida e insegura, sus relaciones sociales son limitadas y agregó que es poco adaptable.

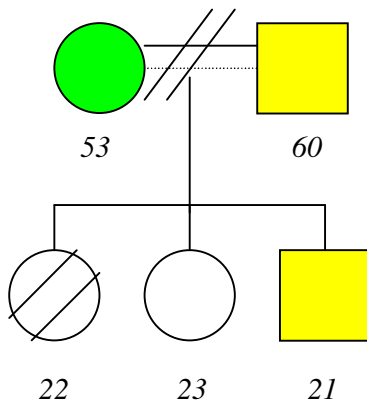
Con respecto a la relación con sus hermanos, “con mi hermana no me llevo muy bien, somos muy diferentes, de forma de pensar, tiende mucho a marcarme las cosas: es que deberías de pensar así, hacerle así y no me baja de necia, de tonta, eso me molesta”, lo cual reafirma su baja autoestima.

No obstante, tiende a negar sus conflictos y no reconoce necesitar ayuda, al cuestionarla sobre las personas que necesitan más apoyo en su familia sostuvo: “Mi papá y mi hermano. Porque mi papá no sabe ni qué onda, ni el daño que tiende a causar con su manera de conducirse en la vida. Mi hermano porque es el más chico, es el hombre y a él le tocó vivir cosas muy difíciles con él”, aunque no dió detalles al respecto.

Debido a su carencia afectiva y autoestima baja, Brenda establece relaciones de dependencia con sus parejas, reconoció que su actual relación no le satisface, no obstante, comentó no sentirse preparada para terminarla.

Con respecto a las expectativas que tienen sus padres de ella, supone que ellos “esperan que no viva lo que ellos han vivido de malo, tanto económicamente como en todos los sentidos, que encuentre alguien que me quiera, con el que viva y haga una buena familia. Mi mamá yo creo que quiere para mí una estabilidad en una familia bien”. Como la que le ha sido negada en su familia de origen.

Familiograma gráfico de Brenda.



○ Mujer

□ Hombre

○/ Sujeto de estudio mujer

■ ó ● Integrante más débil

■ ó ● Integrante más fuerte

— Parentesco

== Pareja formal

// Separación

+ Finado

¿? Dato desconocido

Los números que se encuentran debajo de cada símbolo indican la edad.

Brenda.**Inicio de la enfermedad con Ira y dinámica de la depresión.**

La depresión como tal, comenzó a instalarse en Brenda desde su adolescencia, comenzando con la emoción de tristeza, sin embargo, es importante mencionar que durante su pubertad, presentó graves problemas en su hígado, la ira que sentía hacia su padre y la impotencia de no sentir el poder de cambiar sus circunstancias familiares, ocasionó que la emoción negativa de enojo se fuera gestando en su cuerpo, más específicamente en su hígado, disminuyó el ki de este órgano y lo dejó vulnerable y propenso a la enfermedad.

Brenda refiere tener vagos recuerdos de esta etapa de su vida, pues el mecanismo de la represión ha hecho su trabajo en esta mujer, lo poco que refiere, lo tiene presente por lo que su madre le ha platicado, así sostiene: "No sé qué tratamiento me daban para el hígado, mi mamá nunca me ha sabido decir. Sólo sé que me daban dolores muy fuertes en la zona hepática y estuve en tratamiento como unos cuatro años. Era internarme cada dos, tres meses, por diez días; una vez hasta el quirófano iba a dar".

Ante su problema crónico: "Mi mamá en una ocasión, me llevaron con un curandero y no sé que tanto me hizo, simuló como si me hubiera estado operando y después de eso estuve como una semana en cama y tomando líquidos y la dieta que los médicos normalmente te mandan y después de eso ya nunca me volvió a molestar el hígado, fue muy curioso porque yo soy muy incrédula en ese tipo de cosas". Muchos curanderos trabajan con la energía, de ahí podría explicarse su mejoría ante dicha alternativa de sanación.

Sin embargo, sus manifestaciones de depresión comenzaron hace aproximadamente siete años, el curso de su energía cambió y de la ira, que corresponde al elemento Madera, pasó a la tristeza, correspondiente al elemento Metal. Brenda explicó que durante cinco años se mantuvo en un estado de inhibición, con predominio de yin, donde no tenía ánimos para iniciar ningún proyecto, ni se sentía con las energías suficientes para realizar sus actividades cotidianas: "No salía a la calle, no salía con amigos, me invitaban a una fiesta y no iba, siempre me la pasaba de fodonga sin

bañarme, me la pasaba durmiendo. Esa era mi vida”. “No lloraba, no pensaba en nada, todo seguía igual pero con esa actitud”.

Brenda se niega a sí misma sus emociones, evade hablar sobre su familia, su tono de voz es “plano”, poco emotivo, parece no haber insight en ella, el reconocimiento sobre sus conflictos es casi nulo y a pesar de que dice no afectarle su situación familiar, evidentemente la represión y dificultad para manejar sus emociones la han llevado a enfermar. Durante esos cinco años de inhibición, su rendimiento académico bajó, hubo disminución en su apetito “llegué a estar dos o tres días sin comer y no me afectaba”. Su familia se mantuvo al margen, sólo le dirigían críticas por su comportamiento, pero nadie la motivó a pedir ayuda profesional, sino hasta hace aproximadamente dos años.

El hecho de no recibir ayuda profesional aunado a sus escasos recursos emocionales para enfrentar su depresión han ocasionado que el ciclo de la energía en Brenda siga alterándose y del elemento Metal, el síntoma se traslade al elemento Agua, por una relación de intergeneración y al elemento Tierra. Hoy en día, refiere al miedo y la ansiedad como emociones predominantes en su padecimiento, explicó que le tiene miedo a todo y “sobre todo a los cambios”, pues estos le generan “mucho angustia”. Con respecto a la angustia dice: “Con ganas de quererme salir a correr, de desquitar algo, siento como si fuera a estallar o no sé qué me fuera a pasar”. Dicha angustia, la ubica en el estómago, de manera que predomina el elemento Tierra y yang, así como el elemento Agua.

Actualmente experimenta episodios depresivos, pero no tan severos como para llegar a ser incapacitantes, en dicho estado, oscila entre la inhibición de yin, ocasionado por la emoción de tristeza, en los cuales duerme demasiado y come poco. Otras veces predominan el miedo y la ansiedad, que según explica ella, van acompañados uno del otro, emociones ambas en las que predomina yang y procura enfocar su alto nivel de energía en alguna actividad.

Brenda también refiere que otro síntoma de su depresión, además de la tristeza, estado en el que “cualquier cosita me hace llorar”, es su irritabilidad, hay variabilidad en su carácter y sin causa aparente experimenta enojo, “me da por estar de neuras, como que de nada, siento una agresión y me enojo de todo”, lo cual correspondería a una relación de interdominancia cuando pasa de la tristeza a la ira. El único apoyo para Brenda para

enfrentar dichas crisis es su pareja, pues su familia “a veces sí perciben cuando estoy deprimida y a veces no porque están muy metidos en sus rollos, mi mamá no me dice nada, deja que yo lo resuelva, mi hermana nadamás me saca la sopa y no me ayuda en nada, mi hermano, si me ve triste no me pregunta, si ve que estoy llorando no me dice nada y mi papá casi no tiene la oportunidad de verme así”. Brenda deja ver que su familia es separada, existe nula unión y no encuentra el ambiente propicio para asumir su enfermedad de otra manera.

Brenda.

El abordaje de la depresión desde la medicina positivista.

Durante algún tiempo, Brenda recurrió a ayuda profesional ‘he ido con varios psicólogos pero ya no continué, lo busqué porque tenía una amiga que tenía muchos problemas y nos juntamos las dos’.

De primera instancia acudió a un Centro de Atención a la Mujer, donde le proveían de terapia individual y grupal, ‘pero ya no seguí yendo’, a pesar de que ‘sentí que me ayudó, pero a la vez (sintió) el cargo de...o el remordimiento de que...ay qué no tengo la capacidad yo para salir sola adelante?’.

En otro momento, acudió a un grupo de Relaciones Destructivas Durante las sesiones grupales, tuvo la oportunidad de reflejarse en los otros, al escuchar sus vivencias y diversas conflictivas, sin embargo, en una ocasión se le instigó a exponer sus experiencias, lo cual la llenó de angustia, pues Brenda siempre se ha negado a sí misma muchas de sus emociones. Dicha angustia se salió de su control y decidió no regresar al grupo.

Posteriormente tomó un curso de yoga, donde le enseñaron a manejar su energía a través de diversos ejercicios de respiración y meditación que aún practica cuando se siente deprimida y la ayudan a mejorar su estado emocional de forma temporal.

Brenda comenta que en la actualidad le gustaría tomar algún tipo de terapia, sin embargo, sabe que al iniciar un proceso personal ‘tendría que romper con muchas cosas’, iniciando con su relación de pareja, que a su parecer la daña, pero es dependiente de la misma y no se siente preparada para realizar cambios en su vida por el miedo que estos le generan.

Blanca.**Estructura y dinámica familiar en la conformación de la identidad.**

Blanca es una adolescente de quince años de edad, estudia la preparatoria, es soltera, ella proviene de una familia nuclear, sus padres viven juntos, ambos trabajan, su madre tiene cuarenta y cuatro años y su padre cincuenta y tres, sólo tiene un hermano, Felipe, de dieciocho años de edad. Ella se muestra inquieta por la relación entre sus padres, la cual, considera como disfuncional "La relación entre mis papás la considero mal, casi siempre se la pasan discutiendo por cualquier cosa. No hay comunicación, siento que mi papá no entiende a mi mamá, no le dice las cosas a ella, me las dice a mí, así como diciendo: díselas a tu mamá. Mi mamá sí le dice a mi papá todo lo que no le parece. Me lastima la forma en que luego la trata, luego sí siento que le falta al respeto, se burla de ella".

Blanca percibe que su padre la pone como intermediaria entre su madre y él, situación ante la cual se desconcierta, pues considera que la pareja tiene que resolver sus propios problemas y la mete en un rol que no le corresponde. También deja ver que su padre maltrata a su madre, aunque no con golpes, sí dirigiéndose a ella de forma poco respetuosa.

Pero no sólo su padre es responsable de dicha situación, ambos padres son copartícipes al intentar involucrar a su hija en sus problemas de pareja, refiere tener varios disgustos con ambos debido a que "Mi mamá que porqué me dejo de que mi papá me mande mucho. Y mi papá porque luego...has de cuenta que yo siento que son tipo celos, de los dos, que porque hago lo que el otro me dice y lo que me dice el otro no lo hago. Esas son las discusiones que hay entre nosotros tres". Evidentemente existe en sus padres una lucha de poder, en la cual incluyen a Blanca y es en ella en quien sitúan sus conflictos.

Cabe mencionar que en algún momento comentó "Mis papás pues son lo que mandan y mi hermano y yo somos los que tenemos que obedecer o hacerlo", ese es el concepto que ella tiene sobre el rol que debe jugar, lo cual contrasta con los repetidos intentos de su padre al pretender depositar en ella el papel de intermediaria, el cual no le corresponde.

Con respecto a su lugar dentro de su familia, sostiene que “me siento importante para mis papás”, no obstante, no se siente tan importante como su hermano, quien, a su parecer, le proveen de más atenciones que a ella de forma injustificada, ya que él es rebelde e irresponsable y ella se adecua a las normas que le imponen en el hogar, su rendimiento académico es bueno y cumple con los deberes domésticos que le asignan.

Agrega: “antes mi mamá me comparaba mucho con mi hermano, yo siento que dice que él es mejor que yo”. Esta comparación constante por parte de la madre entre su hermano y ella ha llenado a Blanca de una gran tristeza y enojo, pues no comprende porqué si ella se apega a la educación que le han impartido, es su hermano quien ocupa un lugar privilegiado para su madre.

Lo primordial para ella, en este particular es que se siente en desventaja con respecto al cariño de su madre, “luego no me daban atención (haciendo referencia a ambos padres), luego ella (su madre) estaba platicando conmigo y llegaba mi hermano y me dejaba con la palabra en la boca y me decía: es que tú no necesitas atención y tu hermano va mal en la escuela”.

Aunque Blanca no refiere que su hermano se encuentre deprimido, reporta que tiene problemas de conducta, es rebelde, no reconoce como figura de autoridad a ninguno de sus padres y su rendimiento escolar es bajo, lo cual deja ver, que Felipe también es síntoma de la disfunción familiar que impera en el hogar.

Sin embargo, Blanca supone que su hermano es la persona más fuerte de su familia, “Al menos es lo que demuestra, veo que no le afectan mucho los problemas o no lo demuestra”. Al compararse con él, ella se asume como más vulnerable. Puede ser que también lo reconozca como más fuerte porque es quien obtiene las mayores atenciones y cariño de la madre, lo cual ella envidia.

El evidente trato desigual entre su hermano y ella ha repercutido en su autoestima, supone que su madre “Yo siento que dice que él es mejor que yo”. A pesar de que “Por parte de mi papá, dice que él me quiere más a mí, yo digo que no”, para ella esto no es tan significativo como el hecho de no ser la predilecta de su madre, quien funge como su figura primaria y con quien se identifica: “Siento que me parezco más a mi mamá, en

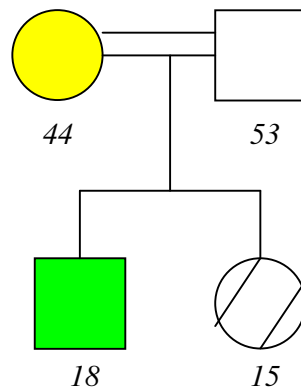
que si mi mamá está en la casa, siempre trata de hacer quehacer, de mantener la casa aseada. Y también en la escuela”. “Dice que a ella le gustaba mucho estudiar y que le echaba muchas ganas y pues hay más o menos también le echo ganas y por lo que me cuenta siento que si me parezco a ella en muchas cosas. Yo quiero estudiar algo relacionado en contabilidad por mi mamá, luego voy a su trabajo y si me llama la atención, por que luego le ayudo a hacer algunas cosas y sí me llama la atención”. Se observa un concepto de su madre que tiende hacia lo positivo.

No obstante, Blanca considera a su madre como la persona que necesita más apoyo dentro de su familia, “por lo que ahorita está pasando”, pues se encuentra atravesando un proceso de duelo por el fallecimiento de un hermano suyo. Cabe aclarar que a pesar de que la ubica como más frágil en estos momentos de su vida, Blanca parece albergar una imagen positiva de su madre, más bien de fortaleza que de debilidad y esa manera de concebirla choca con el estado actual de la madre, lo cual la desconcierta.

Blanca también habla sobre las expectativas que tienen sus padres de ella, las cuales comparte y están orientadas a logros personales. Considera que ellos esperan “Que logre terminar mi prepa y que sea realmente lo que me proponga, mi universidad, trabajar y ya”. “Mi papá espera que sea mejor que mi hermano, que no lo defraude en cuanto a la escuela. Sí me he sentido un tanto comprometida”. “Mi mamá espera lo mismo de mí, les importa mucho la escuela”.

Los momentos significativamente gratos para ella en su entorno familiar, giran alrededor de aquellos en los que ha sentido unión y armonía: “Cada momento que cada quien cumple años, mi papá nos compra un pastel, nos la pasamos muy bien, se calman las cosas y casi ya no hay tantos problemas, ya no hay tantas discusiones aunque sea un día”. También aquellos en los que se ha sentido particularmente importante “Mi fiesta de quince años fue muy significativa”. Esto aunado a que en el caso de Blanca no se observa una relación negativa con su madre, que predomina en los casos anteriores parecen darle un buen pronóstico.

Familiograma gráfico de Blanca.



○ Mujer

□ Hombre

○/ Sujeto de estudio mujer

■ ó ● Integrante más débil

■ ó ● Integrante más fuerte

— Parentesco

== Pareja formal

// Separación

+ Finado

¿? Dato desconocido

Los números que se encuentran debajo de cada símbolo indican la edad.

Blanca.**Inicio de la enfermedad con Ira y dinámica de la depresión.**

Blanca padece de depresión leve, comenzó con dicho padecimiento desde hace dos años, es decir, cuando tenía trece años de edad. Su dinámica familiar ha jugado un papel importante en la construcción de su depresión. Blanca ha ido albergando la emoción de ira, misma que se ha instalado en su cuerpo y la ha llevado a presentar estos estados, que aunque no han llegado a ser tan graves como para incapacitarla, su energía está tan fuera de su control que ocasiona que presente conductas autodestructivas durante sus crisis.

El principal conflicto de Blanca es la rivalidad con su hermano por el cariño de la madre, aunado a la relación negativa que hay entre sus padres, ‘lo que más me lastima es que entre ellos no haya comunicación y que mi papá me diga todo a mí’. Percibe que es una situación que la rebasa y su padre llega a confundir su rol dentro de la familia, lo cual le genera descontrol.

El trato desigual entre su hermano y ella la llena de impotencia y enojo, mismo que no puede expresar directamente ‘Luego no les puedo decir qué es lo que me lastima que tienen ellos hacia mí’ y cuando lo ha intentado, no se ha sentido escuchada, ante lo cual, vuelca toda su ira contra ella misma y presenta conductas autodestructivas. Explica que de esa manera logra descargar algo de esas emociones que la invaden, aunque racionalmente reconozca que ‘no está bien’.

Blanca pasa de la ira a la tristeza y de la tristeza a la ira por interdominancia, ella comenta: ‘Soy una persona un poco variable de carácter, con mis amigas estoy bien, pero luego hay momentos como que me desespero, me agarran en mis cinco minutos y no te acerques a mí. Luego estoy de mal genio’. A esto se le suma la etapa de adolescencia por la que atraviesa y el fallecimiento de su tío hace aproximadamente un año, además de las constantes críticas dirigidas hacia su persona por parte de sus parientes que han contribuido a la devaluación de su autoestima ‘a veces sí me afecta lo que me diga la familia, me acuerdo que siempre me decían que estaba gorda, me hacían mucha burla de que estaba morena’.

Como se ha observado en los casos anteriores, cuando se da el agravamiento de la enfermedad en muchos casos se presentan las ideas o intentos suicidas y Blanca no es la excepción, ella refiere que “luego he pensado que ya no quiero estar aquí”. En sus momentos de crisis se autodestruye “Cuando estoy triste, luego me siento sola, no tengo con quien desahogarme y me corto los brazos con unas navajitas. Yo sé que no gano nada con eso, pero como que me siento un poco más tranquila, yo sé que me estoy lastimando, luego pasan cosas y pasa algo que me dice: no, ya no quiero estar aquí”. Incluso también “Una vez intenté suicidarme, pero no se pudo, salió mucha sangre, me asusté un poco”. Ante la incapacidad para controlar el coraje que siente hacia su madre por tratarla de forma diferente a su hermano, vuelca toda su ira contra ella misma y de esta manera logra desfogar un poco, aunque sea de manera temporal sus emociones negativas.

Mientras se encuentra en la fase de tristeza, en Blanca se observa un predominio de yin, se siente cansada, sin ánimos de realizar sus actividades cotidianas, su apetito disminuye, duerme más de lo común y en ocasiones deja de realizar algunas de sus obligaciones como los quehaceres domésticos, no así en lo académico.

Algo significativo en este caso es que las emociones de ira y tristeza aún no han afectado significativamente los órganos de Blanca, la tristeza que alberga le ha traído como consecuencia gripas recurrentes, pero nadamás, enfermedad que se relaciona con los pulmones y el elemento Metal. Además de la gripa, Blanca refiere no padecer algún otra enfermedad frecuente o importante.

La postura de sus padres con respecto al padecimiento de Blanca, es de preocupación y enojo, ambos le reclaman por cortarse los brazos, pero no han cambiado su dinámica familiar, asumen que es una forma de chantajearlos y un intento por atraer la atención de ellos y por desviarla de su hermano.

Blanca se acerca a una amiga de la escuela para desahogarse cuando se siente triste o tiende a aislarse y dormir como un intento de evadir los pensamientos y sentimientos que la invaden. Comenta que no ha intentado buscar ayuda profesional, aunque su madre se lo ha sugerido.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

LA FAMILIA COMO FACILITADORA DE LAS EMOCIONES DE MIEDO, IRA, ANGUSTIA Y TRISTEZA, SU IMPACTO EN EL DESEQUILIBRIO ENERGÉTICO Y EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA DEPRESIÓN.

La mayoría de la gente nace, crece y se desarrolla en el seno de una familia con características diversas, que pueden ir desde la relación positiva o de conflicto entre los padres, el número de hijos, la posición económica, entre otras y es en ella donde se gestan la mayoría de las enfermedades.

Indudablemente el ser humano desde que nace, va estableciendo redes sociales e interacciones que le permiten vincularse de una y otra forma tanto con el entorno como consigo mismo y en ello juega un papel importante la identidad.

Un factor que se repite a lo largo de los casos analizados en esta investigación es el hecho de asumirse como poco importante para la familia de origen, esto ocasiona en los sujetos diversas emociones que van desde la ira hasta la tristeza aguda. Lo interesante es observar cómo se van transmitiendo estos patrones y emociones de generación en generación y todo ello va dando lugar a la enfermedad.

Resulta poco acertado analizar un fenómeno tan complejo como es la depresión sin partir de la historia de vida del sujeto que la padece, a lo largo de mi estudio he podido apreciar la relación que guarda el inicio de la enfermedad con una emoción en particular como es el miedo, la ira, la angustia y finalmente la tristeza con las relaciones primarias y significativas de la infancia. Pero lo determinante en cada uno de los casos no han sido las relaciones en sí, sino lo que estas han ocasionado y promovido en la vivencia psicocorporal* de los individuos. De ahí que haya decidido realizar parte del análisis haciendo una clasificación por emoción.

* La vivencia psicocorporal hace alusión a la constitución del individuo como el resultado de la unidad indivisible cuerpo – emociones.

Las repercusiones de la ira excesiva en la salud y su influencia en la depresión.

La mayor parte de las mujeres que han experimentado ira como la principal emoción de su vida afectiva se encuentran citadas en este apartado. Todos los seres humanos llegamos a experimentar en varios momentos de nuestra vida diversas emociones que son detonadas por factores varios. Es común que experimentemos coraje como parte de nuestra condición humana, no obstante, la diferencia entre sentir coraje e ira en su forma más dañina, radica en el hecho de que ésta última se presenta con mucho mayor intensidad y es incontrolable para el sujeto. Afecta la salud cuando es la emoción que predomina en nuestra esfera afectiva y podemos observar que encuentra su origen en las relaciones significativas con uno o ambos padres.

Albergar intensos resentimientos y enojo en contra de la madre o padre es el denominador común entre las mujeres que reportaron haber iniciado su depresión con la emoción de ira. La instalación de esta emoción en el cuerpo ha sido facilitada por el hecho de sentir el rechazo de uno o ambos padres, principalmente de la madre, por sentir que se ocupa un lugar poco privilegiado dentro de su propia familia, un trato desigual y desventajoso entre sus hermanos y el hecho de haber adquirido responsabilidades que no les correspondían de forma injusta.

Con respecto a los casos de las hermanas Ana y Gabriela, al narrar sus historias de vida convergen en varios aspectos significativos, pero antes de mencionarlos es importante referir que estos acontecimientos también se repiten en las experiencias de vida de Susana, la hija de Ana:

- 1) El primero hace referencia al hecho de haber sentido que ocuparon un lugar poco importante en su familia de origen, sobre todo, vivieron el rechazo de la madre, y las constantes diferencias que ésta hacía entre ellas y el resto de sus hermanos.
- 2) Desde pequeñas se les confirieron responsabilidades domésticas que la madre les delegaba, lo cual las llenó de enojo.

- 3) Comparten la percepción de haber sido especiales para el padre, a pesar de que éste les proveyera de golpes cuando consideraba que su conducta era inadecuada. Parece prevalecer incluso la idealización del padre y la firme creencia de ser particularmente importantes para él, lo cual de alguna forma, compensa la carencia afectiva por parte de la madre y deja ver la trascendencia y el impacto de los roles de género, en los cuales, colocan en un nivel superior a la figura masculina, a pesar de que ésta sea agresiva. En su condición de mujeres han logrado introyectar su identidad de género asumiéndose como inferiores al hombre, en particular al padre y merecedoras de maltrato físico y psicológico.
- 4) Ana y Gabriela compartieron la tristeza por el abandono de su padre, tristeza que nunca pudieron superar y se instaló en su cuerpo.
- 5) Gabriela y Susana comparten la ira en contra de la madre por las constantes diferencias y rechazo, en el caso de Ana, prevalece la tristeza.

Gabriela desde su infancia ha sostenido una relación negativa con su madre, aunque simbiótica, siempre ha sufrido abusos por parte de ésta y un trato significativamente distinto y desventajoso en comparación con sus hermanos. Su madre depositó en ella obligaciones domésticas que no le correspondían según su percepción, además de su amargura por el abandono de su padre y ha obstaculizado su vida marital hasta donde le ha sido posible.

Dichos acontecimientos han llevado a Gabriela a acumular ira en su cuerpo, ha tomado la agresividad como defensa e incluso, en su interior a repudiado su rol tradicional femenino, al definirse como “hombrona”. La acumulación de enojo ha sido tal que ha afectado el ki de su hígado, impidiéndole funcionar de manera óptima y restándole la posibilidad de ser madre, esto se hace perfectamente entendible al considerar que el hígado es un órgano vital en el ciclo menstrual, imprescindible para la concepción.

Como se mencionó, un aspecto importante que se repite en todas las mujeres ubicadas en esta emoción es que el coraje dirigido hacia uno o ambos padres por el rechazo o lugar poco privilegiado que les confieren dentro de la familia, este coraje no se traslada a los hermanos que los desplazan, en muchas ocasiones sostienen relaciones positivas

con ellos. La poca capacidad de escucha por parte de los progenitores al lenguaje psicosomático de estas mujeres genera que se perpetúe el desorden de la energía en ellas y de lugar a múltiples padecimientos adicionales a la depresión. Por ejemplo, en el caso de Gabriela ante la incapacidad de manejar, disminuir y/o liberarse del coraje contra su madre por el temor que le ha tenido siempre debido a su personalidad controladora y agresiva. No obstante también predominan las emociones de tristeza y miedo en sus crisis depresivas, la tristeza obedece al abandono de su padre durante su infancia. Su ciclo energético continuó alterándose y a través de una relación de Interdominancia, del elemento Metal, se trasladó al elemento Agua al cual le corresponde la emoción de miedo. Con la instalación del miedo a la madre y por las constantes riñas de ésta con su esposo, en su organismo se ha debilitado el ki de sus huesos y presenta problemas de columna. Con la aparición de la tristeza al recordar sucesos de su infancia, sobre todo en lo que respecta al alejamiento de su padre del hogar le dan crisis de colitis.

Otra mujer a quien se le dificultó ser madre por la afección de su hígado a consecuencia de la acumulación de ira en su organismo es a Susana, ella, al igual que Gabriela acoge un gran enojo contra su madre por las mismas razones. Desde pequeña se sintió rechazada por ella, percibió ser tratada de forma desventajosa en comparación con el resto de sus hermanos, en sus repetidos intentos por acercársele sólo recibía malos tratos y desdén, igualmente le confería responsabilidades que a su parecer no le correspondían y el concepto que tiene de su madre es muy negativo.

La alteración del ciclo de su energía se ubica de primera instancia en el elemento Madera, la ira acumulada en su hígado por la incapacidad de manifestarle a su madre su resentimiento, la llevó a presentar dolores de cabeza intensos y recurrentes desde los seis años de edad y desde hace cinco años sufre de migraña.

Del elemento Madera su desequilibrio se trasladó al elemento Agua, con lo que se observa claramente en esta mujer una desestabilización mayor. Gracias a la disminución del qi de su riñón, Susana desde los diecisiete años padece de los riñones, tanto así que actualmente sufre de pielonefritis en su forma más aguda y de manera permanente.

El agravamiento de su salud continuó en ascenso y del elemento Agua se trasladó al elemento Tierra, ha desarrollado una personalidad obsesiva y por el debilitamiento del qi de su estómago enfermó de gastritis. Mientras el predominio su energía se encontraba

concentrado en este elemento desarrolló una obsesión por una infección de la garganta que le provocaba crisis de asfixia y una gran angustia por el temor a morir. A partir de este suceso su relación energética cambió a Intergeneración, el cual es menos desequilibrante, al trasladarse al elemento Metal comenzó a experimentar tristeza.

Susana construye diversas enfermedades que se relacionan con varios órganos en un intento por atraer la atención de sus seres queridos y cubrir sus carencias afectivas. Ha pasado por periodos de ira, miedo, angustia y tristeza, emociones que se relacionan con los elementos: Madera, Agua, Tierra y Metal respectivamente y han conseguido afectar los órganos correspondientes a dichos elementos, actualmente padece de pielonefritis, vías urinarias, gastritis, migraña y de la garganta en forma recurrente.

Brenda y Blanca son otras de las mujeres en las que se observa la instalación de la ira en su cuerpo. Brenda, a diferencia de Gabriela y Susana, contra quien siente esta emoción es su padre, este coraje está fundado en el hecho de que él nunca se ha responsabilizado de ella ni de sus hermanos debido a que está casado con una persona distinta a su madre y tiene otra familia, además de la de Brenda, a ello se le suma el hecho de que su padre sufre de alcoholismo y nunca ha sido una figura de apoyo y afecto para ella, Brenda sabe que no tiene control sobre dicha situación y que es su madre quien tendría el poder de tomar la decisión de dejarlo. No obstante, vuelca esa energía agresiva hacia ella misma, lo cual altera su ciclo energético gravemente llevándola a la depresión y afectando su hígado de forma significativa al grado de haber recibido tratamiento para una afección del hígado desde la pubertad durante cuatro años. Incluso fue hospitalizada en varias ocasiones debido a que no mejoraba y según los médicos necesitaba intervención quirúrgica.

Brenda es una mujer que se empeña en negar sus emociones negativas de ira, no obstante, en su discurso deja ver el coraje que tiene contra su padre y cómo lo deposita en su hígado. Ante la no resolución de sus conflictos, su ciclo energético cambió, del elemento Madera se trasladó al elemento Metal, este tipo de relación dentro de la Teoría de los Cinco Elementos es la más dañina, lo cual se corrobora en el caso de Brenda.

Dicho ciclo le ocasionó la depresión matizada por el predominio de yin, que conllevó a una inhibición de sus procesos fisiológicos, motores, cognitivos y afectivos. Brenda

suspendió toda clase de actividades, desde lo académico hasta lo social, permanecía en su recámara encerrada, sin relacionarse con nadie, no salía con amigos y en ocasiones no comía. Sus bloqueos eran tales que quisiera sentía deseos de llorar o expresar lo que sentía, así permaneció durante cinco años.

La salud de Brenda ha continuado alterándose y del elemento Metal la concentración de su energía se trasladó al elemento Agua por medio de una relación de Intergeneración, el miedo comenzó a hacerse presente en su vida y sus innumerables temores le implicaban una gran inseguridad para enfrentarse a las exigencias del medio. Esto la llevó a la movilización al elemento Tierra y entonces experimenta angustia de la cual no sabe explicar la causa.

Otro caso es el de Blanca, quien converge con Gabriela y Susana en sentirse tratada de forma desigual por parte de su madre, en comparación con su único hermano, a pesar de sus repetidos intentos por ganar la atención de la madre y ocupar un lugar privilegiado para ella, percibe que su hermano es el predilecto y aunque su padre intenta compensar esto, para ella no es suficiente, pues su figura representativa es la madre.

Blanca, a diferencia de Brenda, Susana y Gabriela, sí ha intentado expresar dichos sentimientos a su madre, pero siente que no ha sido escuchada ni tomada en cuenta, ante la poca respuesta de ésta, también vuelca su ira contra ella misma, realiza acciones para autodestruirse, aminorar las emociones negativas que se gestan en ella y que salen a flote durante sus episodios depresivos. Esta mujer oscila entre periodos de ira y tristeza, momentos durante los cuales se flagela físicamente. Después por medio de una relación de interdominancia pasa de la tristeza a la ira y aunque en este tipo de relación no se autoagrede, sí manifiesta el predominio de yin propio de la tristeza a través de desánimo y apatía por sus actividades cotidianas, duerme mayor número de horas durante el día y rechaza los contactos sociales.

Las repercusiones del miedo excesivo en la salud y su influencia en la depresión.

Tres de las mujeres entrevistadas: Vanesa, Angélica y Liza, reportaron haber iniciado su depresión con la emoción de miedo, la instauración de dicha emoción en su cuerpo puede entenderse remontándonos a su historia de vida y a los eventos significativos que

dieron lugar a este. Vanesa y Angélica, refieren haber experimentado la emoción de miedo, en su forma más aguda y desequilibrante a causa de la enfermedad de su madre, la madre de Vanesa padece depresión desde incluso, antes del nacimiento de ella, lo mismo sucedió con la madre de Angélica, cuyo padecimiento es aún más severo, padece de bipolaridad.

El miedo en estas tres mujeres obedece al temor por perder a la madre, la cual ha fungido como su figura más representativa desde su infancia, al menos para Vanesa y para Angélica, pues para Liza su abuela materna jugó este rol fue, la cual se encargó de su crianza.

Revisemos cómo esta emoción de miedo se fue instalando en el cuerpo de cada una de ellas, en qué parte de sus historias convergen y en qué difieren, así como qué les ha dado la posibilidad de sanación a alguna o algunas y a otras no.

En el caso específico de Vanesa, ella fue quien se encargó del cuidado de su madre, siempre se mantuvo preocupada por su salud y sentía la responsabilidad por la misma desde su infancia, por lo que Vanesa no tuvo la posibilidad de contar con la protección y cuidado de su madre, sin embargo, sí contaba con su cariño y con su cercanía. Ambas desarrollaron una relación simbiótica, donde Vanesa cubría las carencias afectivas de su madre. No obstante, tuvo la oportunidad de sentirse protegida y cuidada por la mayor de sus hermanas, Susana, en quien su madre delegó la responsabilidad de cuidar a Vanesa.

La emoción detonante de la depresión en Vanesa es el miedo por perder a su madre física y simbólicamente, este miedo comenzó a sentirlo desde pequeña y como cualquier niño no podía manifestarlo abiertamente, razón por la que lo fue guardando en su vejiga y la llevó a padecer enuresis a los nueve años de edad.

El miedo que se ubicaba en el elemento agua se trasladó al elemento tierra y se convirtió en una angustia constante, disminuyó el qi de su estómago y enfermó de salmonela y gastritis. Vanesa continuaba sin poder expresar ni calmar su angustia, el ciclo de su energía cambió al de Intergeneración y se concentró en el elemento Metal, fue entonces cuando se afectó su intestino grueso y enfermó de colitis.

Años más tarde, se observa una modificación de su ciclo energético y regresó nuevamente a la angustia, que en esta ocasión fue desencadenada por el hecho de matrimoniarse a consecuencia de su embarazo; al presentársele la perspectiva de ser madre reactivó en ella la angustia de repetir la historia de su relación madre – hija que vivió con su propia madre y el casamiento implicaba tener que separarse físicamente de ésta, con quien hasta entonces mantenía una relación simbiótica de codependencia.

La vuelta al elemento Madera trajo consigo el predominio de yang, Vanesa refiere diversos síntomas físicos que dan cuenta de ello como temblor corporal generalizado y calor excesivo en las piernas, lo cual es bastante significativo, ya que las piernas son los miembros que nos permiten movernos físicamente en el medio y podrían relacionarse con una gran inseguridad al enfrentarse a esa nueva vida que se le presentaba y los compromisos para los que no se sentía preparada para asumir. La angustia de Vanesa fue tal que en varias ocasiones experimentó ideas suicidas, aspectos que nos permiten vislumbrar la gravedad de sus episodios depresivos.

Con respecto a la historia de Angélica, quien a pesar de que no se encargó de cuidar a su madre como en el caso de Vanesa, sintió el desprendimiento de la misma cuando ésta fue internada psiquiátricamente a causa de una crisis severa de bipolaridad. Y aunque no sentía la responsabilidad de cuidar a la madre sí cargó a costas el cuidado de su hermano. A diferencia de Vanesa, Angélica no se vió protegida ni cuidada por nadie, su padre, con quien desde siempre ha mantenido una relación lejana no cubrió sus carencias afectivas ni pudo aminorar el miedo que sentía por la amenaza de perder a la madre.

El miedo se fue gestando en ellas al percibir a una madre frágil y dependiente del cuidado de otros, en el caso de Vanesa, del cuidado de ella, en lo que toca a Angélica, del cuidado de los médicos que parecían no ayudarla y lo que más pareció afectarle fue el alejamiento de la madre cuando ésta fue internada psiquiátricamente.

Al igual que Vanesa, el miedo de Angélica se ubica en el elemento Agua, fue depositándose en su vejiga al grado de afectar su funcionamiento y presentó enuresis a los seis años de edad. Hoy día Angélica no ha superado dicho miedo y continúa disminuido el qi de su vejiga, por lo que refiere padecer constantemente de las vías urinarias.

En ella, al igual que en todos los casos de enfermedad, no hay un equilibrio entre yin y yang, en su caso, está potencializado yang, presenta labilidad emocional, irritabilidad, es una mujer explosiva y violenta. Oscila entre estados hipomaníacos y depresivos y la ruta de su desequilibrio energético se aprecia a través de relaciones de Contradominancia, del miedo (ubicado en el elemento agua) pasa a la ansiedad (elemento tierra) y de la ansiedad a la ira (elemento madera).

Este disparo de yang altera sus ciclos de sueño, sufre de insomnio y alberga ideas suicidas durante sus periodos de angustia. Como se observa, a diferencia de los casos referidos anteriormente, Angélica no presenta depresión pura, sino un trastorno bipolar que la mantiene desestabilizada en forma permanente y ha afectado incluso un órgano extraordinario como es el cerebro, pues además, padece migraña.

Tanto Vanesa, como Angélica y Liza presenciaron en varias ocasiones las crisis de enfermedad de sus madres, éstas dos últimas estuvieron presentes en uno o varios intentos de suicidio de sus madres, no así en el caso de Vanesa. A Liza le impactó demasiado ver a su madre intentando quitarse la vida, posterior a este suceso comenzó con el desequilibrio de su energía. Liza nunca tuvo una relación cercana con su madre, por lo contrario, su madre se mantuvo distante y delegó la responsabilidad de su crianza en la abuela.

Al revisar la teoría de los cinco elementos podemos percatarnos de la afectación directa de la vejiga a causa del miedo, emoción negativa que se instaló en los cuerpos de Vanesa y Angélica, llevándolas a presentar enuresis a los seis y nueve años de edad respectivamente, Angélica hoy en día padece recurrentemente de las vías urinarias.

En el caso de Liza, también se puede apreciar la afectación de este órgano, en su crisis más severa de manía perdió el control de esfínteres y actualmente sufre de cistitis. La emoción de miedo se trasladó al elemento Tierra, este no pareció desaparecer de sus cuerpos, sino que se le sumó la angustia, provocada por la incapacidad de manejar las emociones que sentía y de manifestarlas en otro lenguaje distinto al corporal, en el caso de Vanesa.

En lo que se refiere a Angélica, vive en un estado permanente de angustia y obsesión por la salud de sus hijos, no ha podido desprenderse de las emociones que en un inicio fueron originadas por la enfermedad de la madre y ahora las traslada a las personas más importantes para ella que son sus hijos. Dicha angustia y obsesión, a pesar de que parece no haber afectado el estómago o el bazo de Angélica, órganos que se relacionan con esas emociones y corresponden al elemento Tierra, sí han afectado sus ciclos de sueño, pues padece de insomnio.

En el caso de Vanesa, sí se observa una afectación de su estómago, ya que sufrió de Salmonela durante su pubertad y actualmente padece de gastritis.

El movimiento de la energía en Liza, es distinto al de Vanesa y Angélica, la emoción secundaria al miedo es la ira, furia que puede observarse cuando se encuentra en estados de manía, ésta no parece asociarse con algún evento en particular, sino que es ocasionada por la desorganización tan grave de su ciclo energético, aunque no se refleje en la relación de intergeneración.

Liza, al igual que Angélica sufre de un trastorno bipolar, el cual es más grave que el de la primera mujer y ha llegado a la hospitalización por lo perturbador que le resulta. No obstante, Liza también refiere tener periodos de angustia que acompañan al miedo, aunque esta primera emoción no ha afectado sus órganos.

Tanto Liza como Angélica comparten el hecho de ciclar entre estados maníacos y depresivos, en ambas predomina la manía, la cual va seguida de euforia e ira. La ira de Angélica, a diferencia de la de Liza, sí puede asociarse con factores específicos, parece ser el resultado de su poca tolerancia a la frustración; por su personalidad obsesiva, desea tener control sobre el entorno y el no lograrlo la llena de impotencia y enojo, quisiera poder controlar la enfermedad de su madre, el comportamiento de sus hijos y hasta el de su esposo, cuando se enfrenta con la incapacidad de hacerlo es cuando da muestras de agresividad.

La gravedad de la depresión en cada una de estas mujeres parece relacionarse con los recursos emocionales con que cada una cuenta para enfrentar situaciones estresantes de la vida. La ausencia de protección en la infancia les ha ocasionado tornarse susceptibles

a posteriores pérdidas afectivas. A Vanesa y a Liza les ha detonado la depresión la ruptura con sus parejas durante su adolescencia, no así a Angélica. La tristeza, también ha sido un componente importante de la depresión de Vanesa y Liza.

Las tres mujeres presentan como emoción inicial el miedo y se observa la afectación directa de su vejiga, las tres convergen en el temor de perder a la madre, pero ese temor fue distinto para Liza, comparada con Vanesa y Angélica, quienes tenían una relación positiva y cercana con su madre, a pesar de las enfermedades de éstas.

En cambio Liza no, ella convivía más tiempo con su abuela y además del distanciamiento con su madre, también predominó la ausencia de su padre, quien falleció cuando ella tenía tres años de edad. Es cierto que ni Vanesa ni Angélica han tenido una relación positiva con su padre, por el contrario, ha sido distante, pero esto como consecuencia de la relación simbiótica que mantienen con la madre.

Otro punto importante es que Vanesa y Angélica conciben a su madre como desvalida, pero Liza la concibe como amargada. Las dos primeras mujeres no sintieron el rechazo de su madre y Liza sí, Liza se sintió siempre en competencia con su hermana gemela, a quien le atribuye características que ella no posee como una manera de explicarse el trato desigual entre ambas.

Además de verse opacada por su gemela, Liza se sintió desplazada del cariño y atención de la madre cuando ésta decidió formar una nueva familia y tuvo a su último hijo. En cambio, la relación entre las madres de Vanesa y Angélica con ellas fue más estrecha.

Por otro lado, sólo Vanesa presenta enfermedades del estómago, como salmonela y gastritis, con lo que se deja ver que la angustia en esta mujer también ha sido una emoción que se ha instalado en su cuerpo y en su discurso la refiere como componente del miedo.

Por su parte, en Liza predomina la afectación de su intestino grueso y el órgano pulmón, más que cualquier otro, padece frecuentemente de las vías respiratorias (gripa, catarro, tos) y colitis, lo que deja ver que más bien Liza se encuentra triste y sus ciclos de manía sólo intentan enmascarar dicha emoción.

El predominio de la emoción de tristeza y sus repercusiones en la salud y la depresión.

Con respecto al inicio de la depresión con la emoción de tristeza, ésta se presenta en dos de los casos. No obstante, a pesar de compartir la misma emoción, difieren significativamente con respecto a la alteración de los órganos y la gravedad.

El primer caso que quiero presentar en este apartado es el de Vane, quien tiene tan solo siete años de edad y es hija única; la tristeza que comenzó a experimentar se debió a la heredada por su madre durante la gestación, la madre de Vane sufre depresión y transmitió a su hija toda esta carga energética negativa, razón por la cual, desde su nacimiento hasta los dos o tres años de edad, esta pequeña enfermaba recurrentemente de las vías respiratorias, con lo cual manifestaba la tristeza que albergaba.

Dicha tristeza que anteriormente se instaló en el órgano pulmón, se trasladó por relación de interdominancia al elemento Madera y entonces Vane comenzó a manifestar ira, coraje dirigido hacia su madre ocasionado en gran parte por la falta de límites y no reconocimiento de su rol dentro de su familia. Su madre intentó modificar el rol de crianza que había vivido desde su particular experiencia con su propia madre, no obstante, le concedió a Vane demasiado poder dentro de su familia al grado de perder el control sobre ella. Esta emoción negativa ha ocasionado en Vane una desorganización de su energía mucho mayor que la anterior y le produce dolores de cabeza migrañosos a sus tan solo siete años de edad, además de padecer epilepsia, enfermedad que afecta a un órgano extraordinario.

Curiosamente, la depresión de su abuela, Ana, también inició en la emoción de tristeza, sin embargo, esta tristeza es diferente desde sus orígenes a la de Vane, Ana trae a cuento una historia familiar de maltrato y sobre todo el alejamiento del padre de su familia de origen. Ana no tenía una relación positiva con su madre, por lo que esta no fue su figura representativa, en cambio su padre sí y al alejarse éste, perdió a su figura primaria que le proveía amor y le hacía sentir segura.

La tristeza para Ana por la pérdida de su padre, fue desde un inicio una emoción que estuvo fuera de su control y poco a poco fue instalándose en su cuerpo. Ana ha transitado por diferentes emociones como angustia, miedo e ira, sin embargo, la tristeza

siempre ha sido una constante en su vida. Dicha emoción ha logrado desestabilizar su energía al grado de afectar su intestino grueso y sus huesos, no obstante, también refiere otros padecimientos importantes, relacionados con los elementos Tierra y Madera como son: enfermedades del estómago, operación de vesícula e hígado.

Lo que nos deja ver que el curso de la depresión en estos dos casos es significativamente distinto y que las relaciones con sus figuras primarias han sido determinantes para la construcción de algunos padecimientos adicionales a la depresión, como consecuencia del desequilibrio energético.

El predominio de la emoción de angustia y sus repercusiones en la salud y la depresión

Sólo en uno de los casos se reportó el inicio de la depresión con angustia y ésta emoción fue referida por el único hombre de la población de estudio. Emanuel comenta que el comienzo de su enfermedad fue marcado por el alcoholismo de su padre y el clima de violencia del que era preso en su familia de origen, de manera que su angustia obedece al hecho de sentirse amenazado por la agresión del padre y la falta de protección de su madre ante este suceso.

Su organismo desarrolló como mecanismo de defensa el estado permanente de alerta. No sentía miedo por perder a la madre como en el caso de las primeras mujeres, ni ira contra alguno de los progenitores por rechazo o un trato poco justo, sino angustia por ver amenazada su integridad.

No obstante, esta angustia parece ser una emoción más adaptativa, pues comparado con el resto de las mujeres, le ha permitido a Emanuel continuar con sus actividades normales, nunca se ha visto incapacitado por una crisis, aunque sí refiere emociones de tristeza que disminuyen su energía y le hacen más difícil la conclusión de sus proyectos.

Emanuel posee una baja autoestima por las constantes agresiones recibidas por parte de su padre. Por otro lado, quien se encargó principalmente de su crianza fue una nana, no obstante, dice ser el consentido de su madre, lo que le ha permitido hacerse de recursos emocionales para enfrentar sus crisis depresivas.

En él se observa que la emoción de angustia no han llegado a afectar sus órganos. De la angustia (elemento tierra), pasa a la ira (elemento madera) por la incapacidad de conseguir que su madre desalojara al padre del hogar para que cesara el maltrato. Después experimenta tristeza (elemento metal) por ver a su madre decaída ante los constantes conflictos con su padre y finalmente la separación de éstos.

Emanuel ha presentado conductas autodestructivas como tomar los fármacos de su madre sin previa prescripción médica, en un intento por evadir las emociones que lo apresan durante la depresión, pero a diferencia de las mujeres anteriormente citadas, nunca ha intentado suicidarse ni presenta ideas de muerte.

A pesar de que la depresión es el factor común en todas las personas entrevistadas, cada una la ha construido de forma muy particular en su cuerpo y aunque en algunas se encuentran afectados los mismos órganos, no se presenta el mismo tipo de relación energética y desequilibrios. En este sentido, es obligado hacer una comparación de forma general entre los casos para dilucidar las diferencias más evidentes y poder tener un panorama más claro sobre la construcción de dicha enfermedad en la población de estudio. Para ello es importante referir las transmisiones de generación en generación entre los miembros de una misma familia, comencemos con Ana, quien comenzó su depresión con tristeza y su hija Susana, que comenzó con ira.

Quizá Ana haya depositado en Susana el enojo contra su madre, proveyéndola de un trato desigual con respecto a sus demás hijos, igual que su madre lo hizo con ella. Y en Vanesa depositó la tristeza por el abandono de su padre, solicitándole cubrir sus carencias afectivas a través de un lenguaje corporal de enfermedad, con lo cual justificaba el no asumir su maternidad, justo como su madre lo hacía con ella y sus hermanos.

De ahí que la construcción de la depresión en las hermanas Susana y Vanesa sea cualitativamente diferente, otra de las diferencias radica en que Vanesa tiene una relación positiva con su madre, no así con su padre y en Susana el fenómeno es a la inversa. En Susana se observa una repetición del predominio del elemento madera presente en su tía Gabriela, a ambas la ira contra la madre les dificultó concebir a un hijo, incluso a Gabriela esto le fue imposible.

La siguiente generación de dicha familia, es la de Vane, quien también parece heredar la emoción de ira, aunque por distintas razones a las de Susana y Gabriela, pues ella sí tiene una relación positiva con su madre y seguramente este simple hecho le dará otras posibilidades de construcción.

Otra de las mujeres entrevistadas que comparte la historia de rechazo de la madre y el hecho de sentirse en desventaja en comparación con su hermano es Blanca, sin embargo, ella viene de una familia más funcional que la de las mujeres anteriormente mencionadas y parece que dicha ira en ocasiones está dentro de su control, lo que le ha permitido que no se afecte sus órganos hígado ni vesícula biliar correspondientes al elemento madera.

Por otro lado, las historias de Vanesa y de Angélica son muy similares, ambas coinciden en el apego a la madre y el temor a perderla por enfermedad, comparten la angustia por verla desvalida y presenciar sus crisis depresivas. Ambas mantienen una relación distante con el padre, sin embargo, algo en lo que divergen es en el hecho de que Vanesa tuvo quien cubriera las carencias afectivas de la madre y le brindara la protección que ésta no pudo otorgare, su madre sustituta fue Susana. En cambio Angélica no tuvo esta posibilidad, nadie compensó su privación emocional, sino que ella tuvo que fungir como responsable del cuidado de su hermano. Esto visiblemente la puso en menores probabilidades de resolver sus conflictos y realizar un trabajo personal como el que se observa en Vanesa.

El alejamiento de la madre en el rol de crianza también ha sido determinante en las personas depresivas, Liza fue cuidada por su abuela y no por su madre, no por necesidad sino por propia elección de ésta, curiosamente Liza hizo lo mismo con su hijo, delegó la responsabilidad de su crianza a una nana por dedicarse a trabajar. A Liza y a Emanuel este desprendimiento temprano de una figura tan importante como la madre les impidió tomar recursos emocionales suficientes del medio como para no enfermar. A ello se le suma el hecho de que Liza, además de no contar con su madre, tampoco contaba con su padre debido al fallecimiento de éste a sus tres años de edad. Emanuel tampoco contó con la protección de su padre, pero esto fue por el alcoholismo de este y las constantes agresiones que le dirigía a toda la familia.

El caso de Brenda es similar a los anteriores en el sentido de que ella tampoco contó con la protección ni cercanía de ambos padres, pero esto por la situación de ellos. Sólo en los casos menos severos de depresión parece haber una relación positiva con ambos padres aún a pesar de los conflictos o enojos que puedan sentir con la madre principalmente.

A pesar de los intentos de algunas posturas teóricas por disipar la afirmación de que la madre juega un papel trascendental en la construcción de todo ser humano, en esta investigación pude corroborar cuan imprescindible es el amor y cuidados de ésta en los primeros años de vida, el hecho de contar con ello o carecerlo es determinante en la vida adulta.

La mayoría de los conflictos reportados por cada una de las mujeres hacen referencia a su relación con la madre, al rencor, enojo o miedo a perderla, a su falta de amor, de cuidados, de compañía, de protección. En el caso de aquellas que sintieron un constante miedo a perder a la madre, dicho miedo ha dejado una huella mnésica corporal de la que aún no han podido liberarse. Las que han sentido una constante e intensa ira contra su madre le siguen reclamando a través de su cuerpo su falta de amor y rechazo. Todo ello da lugar a una identidad empobrecida, no provee las condiciones propicias para tomar la seguridad que se requiere en los primeros años de vida, pues recordemos que es la madre la primera conexión del niño con el mundo, viene de ella, nace ella, todo lo demás le parece ajeno. Le necesita para subsistir y para ubicar su lugar en el mundo material al que llega. Si la madre sabe cubrir sus necesidades primarias desde la alimentación hasta lo afectivo, le estará dando a su hijo las herramientas indispensables para enfrentarse a la vida, la seguridad en sí mismo para relacionarse con los otros, con sus iguales, le proporcionará un medio armónico para permitirle hacerse de su cuerpo, inducir en él emociones positivas que evitarán que enferme o le ayudarán a defenderse de la enfermedad cuando ésta llegue. Sin embargo, esta madre también trae a cuestas una historia personal, matizada en muchas ocasiones por la devaluación por su condición de mujer, así como sus propios rechazos y dolores, mismos que va a depositar en ese hijo.

Así como hay historias familiares que se repiten de una generación a otra, se transmiten las emociones, se perpetúan aprendizajes y estilos de crianza, también hay integrantes

de la familia que logran romper con el ciclo de enfermedad y esto se ha observado en todas las familias de las mujeres entrevistadas. Hay integrantes que lograron conservar un ciclo de la energía sano, aprendieron otros modos de relacionarse y de manejar sus emociones.

Se ha observado que estos familiares que se han “salvado” de padecer depresión han procurado mantenerse un tanto alejados de la familia de origen, han aprendido otros modos de construcción más individuales y más sanos que el de sus padres o hermanos, en cuyos casos no se ha establecido una simbiosis con la madre o con el padre. Han ampliado su red de relaciones al exterior del núcleo familiar, lo que les han permitido concebirse a sí mismos y a los demás de forma diferente.

Además, se han sentido importantes para su familia, en particular para ambos padres o al menos para alguno de ellos. Lo que les ha permitido construir un autoconcepto y autoestima significativamente diferentes a los casos en los que inicia la depresión con ira, por ejemplo. Han contado con la crianza particular de la madre, los cuidados y amor de esta, a pesar de provenir de una familia numerosa. Por citar un ejemplo, Lola, hermana de Susana y Vanesa e hija a su vez de Ana nunca ha padecido depresión, ella menciona que a pesar de que “la educación en mi casa fue muy fuerte, muy enérgica, eran exageradamente chapados a la antigua... (), me considero muy afortunada porque a pesar de que éramos muchos hermanos, yo fui de las favoritas...yo siento que es por mi carácter, es muy accesible“:

Lola siempre ha mantenido una relación positiva con ambos padres, incluso ha sido la predilecta de los dos, esto le ha permitido concebirse como privilegiada y dotada de atributos especiales, pues dentro de su lógica, algo debe tener para ser la favorita, como lo menciona ella. Ha alojado en su cuerpo emociones positivas que le permiten estar libre de depresión. Además, considera “siento que todos se transmiten las enfermedades”, por lo que prefiere mantenerse alejada de ese círculo nocivo y frecuentar poco a sus hermanos y padres, ya que la mayoría son depresivos.

En otro sentido, a pesar de que la población de estudio fue una muestra por conveniencia, no es gratuito que la mayoría de las entrevistadas hayan sido mujeres, el fenómeno de la depresión es más común en el sexo femenino y como ya lo vimos en el

caso del único hombre que comenzó su depresión con angustia, los hombres tienden más a padecer trastornos de pánico o angustia, lo cual se corrobora con dicha investigación.

El proceso de enfermar en un individuo, no puede intentarse comprenderse al margen de su contexto, de su historia, de la época en la que vive y del género al que pertenece. Partimos entonces de que la mujer occidental crece y se desarrolla dentro de una sociedad que se encuentra estructurada de una forma muy particular. Su construcción está pautada desde fuera, es decir desde el exterior, desde las instituciones y no está dada desde dentro, desde lo biológico como se cree o como se ha creído.

Es por medio de un proceso socializador por el cual se enseña a la mujer desde los primeros años a comportarse de acuerdo al rol sexual femenino vigente en una determinada sociedad, ocupando un lugar privilegiado la educación informal que es adquirida en la familia y en los contactos sociales que la mujer tiene con el mundo externo, donde se ven reforzados sus comportamientos considerados como femeninos.

Para condicionar su rol se le dan juguetes como muñecas y diferentes utensilios que se utilizan dentro del hogar para que desde pequeña vaya ejercitando su papel de futura madre y ama de casa. Desde antes de nacer las niñas son esperadas por su padre y madre con ciertas expectativas: son más afectuosas, sienten más gratitud, son bonitas, son una compañía en la casa, no causan grandes problemas, son fáciles de controlar, se le forma para cumplir con el papel de hija, madre y por ende ama de casa. De esta manera se le enseñan las labores domésticas, se le forma en un mundo doméstico, se les premia al estar en el hogar, se les permite expresar sus emociones a través del llanto, se les impulsa a ser dependientes, cariñosas, pasivas y a no ser agresivas.

Vemos que la opresión de la mujer ha podido sostenerse con el reforzamiento continuo de una ideología que es impuesta y reforzada a través de las instituciones, las leyes, la familia, la educación y los medios masivos de comunicación.

Todas las mujeres entrevistadas recibieron una educación tradicionalista y rígida, donde los roles de género prevalecen y se perpetúan de una generación a otra, la religión es otro factor preponderante en la construcción de la enfermedad, al plegar la educación de

un ambiente rígido y castigador, se infunde temor en los individuos y una idea persecutoria de castigo. En casi todas las familias prevalece el estereotipo de la mujer en una posición de abnegación y sumisión con respecto al hombre y para dar cuenta de ello en esta investigación basta con observar cómo Vanesa, Susana y Emanuel comparten el hecho de tener un padre alcohólico y una madre que tolera humillaciones y vejaciones a aún a costa de sacrificar su propio bienestar y el de sus hijos.

En este particular, cabe citar a Aguilar G (2003, en López R. 2003) quien muy acertadamente afirma que al ser femenino se le condiciona emocionalmente para aceptar su papel, se autovigila, es víctima y verdugo al mismo tiempo, y éste es el punto de partida desde el cual podrá ejercer o no una individualidad, una movilidad.

Por su parte, Brenda, Blanca, Ana, Gabriela, Emanuel, Susana, Angélica y Vanesa han sido espectadores de una relación destructiva entre sus padres, donde ha estado presente desde la agresión psicológica y verbal, hasta la franca violencia física. No en vano se da el hecho de que consideren Ana y Gabriela al padre como la persona más fuerte de su familia, asociando la fortaleza con la violencia y la dureza; y el resto, exceptuando a Brenda, conciben a su madre como la figura más débil. Asimismo, en este rol de debilidad sólo se asumen Ana y Liza, quienes se perciben con poca fortaleza para enfrentar su depresión y sólo Gabriela y Brenda ubican en este rol a un hermano.

LA ESCISIÓN DEL CUERPO EN LA ATENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y PSIQUIATRÍA.

La concepción de la organización y funcionamiento de la fisiología femenina ha variado a lo largo de los siglos. El cuerpo femenino fue visto como un cuerpo incompleto o imperfecto con el cuerpo masculino como modelo. Las concepciones médicas del cuerpo femenino se fueron modificando con los avances de la biología y la anatomía. Fue hasta el siglo XIX que se establecieron diferencias fisiológicas y anatómicas entre los sexos basadas en los descubrimientos y avances de la biología. A partir de ello, se fundamentó científicamente una concepción de las diferencias sexuales que sirvió para justificar un orden social, una división social de los sexos y la división sexual del trabajo, lo que naturalizó la dominación masculina.

En este sentido, el conocimiento y las teorías sobre la fisiología del cuerpo femenino deben ser entendidas como una construcción social, es un conocimiento que va dialogando con diversos discursos y se reconstituye a partir de las orientaciones médicas sobre la anatomía, la fisiología y la patología femeninas heredadas del cuerpo de la medicina hipocrática, la galénica, y posteriormente de la higienista. El surgimiento y la consolidación de una rama de la medicina destinada exclusivamente a atender la fisiología y la patología femeninas y la ausencia de una rama de la medicina para atender la fisiología y patologías masculinas son muestra de que la imagen y representación del cuerpo femenino es una creación auspiciada por la lógica masculina, teniendo como el ideal de salud al cuerpo del varón.

El discurso de la medicina, en su papel de guardián del orden social, ha justificado el rol asignado a los sexos y le otorgaron a la medicina un lugar importante dentro del pensamiento institucional porque ha promovido una representación sobre el cuerpo apoyado en los conocimientos biológicos, fisiológicos y anatómicos, pero a dicho conocimiento se le ha dado un uso ideológico en la tarea de regular y normar los cuerpos.

En la actualidad, la medicina moderna se enfoca a buscar remedios para curar el cuerpo físico, ya sea masculino o femenino, pues el cuerpo físico es el que presenta dolor o enfermedades. Este cuerpo tiene densidad material, y por lo tanto tiene

propiedades medibles físicamente. La instrumentación y la lógica se pueden utilizar para ayudar al cuerpo y causar un efecto, a esto se le llama diagnóstico. Los especialistas que trabajan con los desordenes del espíritu, son sacerdotes, ministros, o gurus, dependiendo de la religión. Durante mucho tiempo, todos los especialistas en los diversos campos del cuerpo, mente, emociones o espíritu han trabajado en forma independiente. Cada uno asume los problemas como experto en su área y los trata individualmente. Ocasionalmente un doctor recomienda un reconocimiento en el área mental o emocional del paciente, para determinar la posibilidad de que éstas áreas pudieran estar causando la enfermedad. En los casos cuando el padecimiento es terminal, se solicita la ayuda de un sacerdote, quien hace dos tipos de trabajo, convertirse en consejero para ayudar a la persona a calmar la mente y las emociones, y por el otro lado, al enfrentar sus limitaciones nuevamente se solicita al médico especialista para que recete algún tipo de calmante que pueda sosegar el dolor emocional y calmar la desesperación en la mente.

Cada vez mas se hace evidente la necesidad de reconocer la inseparabilidad de lo físico, mental, emocional y espiritual, a este enfoque teórico se le denomina holístico, que deriva del Griego "Holos" y significa "Completo". Es necesario resaltar que para ayudar a cualquier ser humano, debemos considerarlo mas que solamente un cuerpo, o un cuerpo con mente que piensa y siente emociones, pues más bien, todas estas áreas interactúan constantemente. Sin embargo, lamentablemente en la cotidianidad de la práctica médica aún se hace evidente la fragmentación que se hace del ser humano en mente, cuerpo y emociones.

Los casos de depresión reportados en este estudio, han acudido, en su mayoría a servicios psiquiátricos, ya sea en la modalidad particular o a algún hospital o clínica. Por la gravedad de los síntomas sus familiares o incluso ellas mismas han sentido la necesidad de recurrir a este tipo de ayuda por la creencia de que la depresión es una enfermedad que afecta principalmente la esfera mental y tiene que curarse o controlarse a través de la farmacología.

Esto no es raro, perteneciendo a una sociedad occidental como la nuestra, donde se nos ha enseñado de generación en generación a calmar todos nuestros dolores con medios

analgésicos derivados de la alopátia. Esto resulta más sencillo que comprender e indagar el porqué de los padecimientos que nos acongojan.

Angélica y Vanesa fueron tratadas desde muy temprana edad por psiquiatras por su problema de enuresis, pero los especialistas que las trataron no se dieron a la tarea de explorar la raíz de la pérdida de su control de esfínteres y a ambas les fueron prescritos medicamentos. Este nulo reconocimiento de sus emociones las llevó a agravar su estado de salud, pues el conflicto seguía ahí, sólo que se trasladó de órgano.

En el caso de Ana, se hizo evidente para el médico que la trataba, que sus recurrentes problemas intestinales iban más allá de lo orgánico y su incapacidad para ayudarla a curar a causa de su formación positivista lo orilló a tomar la decisión de canalizarla con un psiquiatra. Nótese la visión fragmentaria de dicho médico, quien asumió que ese tipo de tratamiento ya no le correspondía, pues es algo que indiscutiblemente rebasaba sus conocimientos y experiencia clínica.

Algo similar le ocurrió a Susana, el último médico que la trató por sus recurrentes enfermedades le dijo que éstas ya correspondían a otro plano y si no cedían con los medicamentos tendría la necesidad de canalizarla con un psiquiatra.

La mayoría de las mujeres entrevistadas e incluso el único hombre han tratado su problema de depresión a través de la farmacología, algunos han sentido alivio temporal de sus síntomas, otros, como es el caso de Ana, Liza y Vanesa han cambiado de un medicamento a otro sin conseguir la sanación que esperan.

En los casos más graves, las dosis prescritas por el psiquiatra producen un estado de inhibición incapacitante para la persona, tal es el caso de Ana, quien lleva un tratamiento farmacológico desde hace treinta años y en la actualidad durante el día se encuentra totalmente sedada para impedir que devengan estados ansiosos, por lo demás, sus conflictos permanecen sin resolverse.

En este sentido, cabe citar a S. López, 1996 (en Aguilera 2003) quien muy acertadamente asevera que no existe una articulación entre las enseñanzas que reciben los profesionales de la salud en las universidades y las problemáticas prioritarias de salud que presenta nuestra sociedad. Un paradigma que ha predominado en el campo del

conocimiento es el de la ciencia racional, este fragmenta al individuo y hace perder la visión holística de la condición del sujeto, aún para muchos psicólogos, como lo indican los tratamientos aplicados a los casos de Emmanuel, Vanesa, Brenda y Liza, quienes han sentido la necesidad de recurrir a otro tipo de ayuda distinta a la alópata. Vanesa ha visitado a varios psicólogos sin obtener resultados exitosos, pues éstos sólo han manejado sus emociones a través de la verbalización de sus conflictos, si bien es cierto que esto ayuda y es parte de un tratamiento psicológico, no es lo único, razón por la que su energía seguía desequilibrándose trayéndole aún más enfermedades, antes de ‘caer en manos de mi psicóloga’, quien al parecer le ha otorgado un tratamiento más integral, el cual le ha dado la oportunidad de hacerse conciente de sus propios procesos psicosomáticos y su cuerpo ha ido recobrando el equilibrio energético.

Mientras que el cuerpo por los médicos y psiquiatras sólo es abordado a nivel de los órganos y sistemas, la mayoría de los psicólogos utilizan como recurso únicamente el discurso del paciente, lo cual es erróneo pues no podemos verlo como una entidad fragmentada en mente, cuerpo y emociones.

Dicha escisión del ser humano por los diversos especialistas de la salud ha generado que cada vez existan más prejuicios en torno a las diversas enfermedades afectivas, sobre todo la depresión, lo que genera que haya renuencia entre las personas a tratarse por creer que si acuden a terapia o a los fármacos pueden volverse adictos o son personas débiles, sin recursos emocionales para enfrentar sus problemas, como es el caso de Emanuel, Brenda y Gabriela. Pero también el fracaso de los tratamientos acarrea escepticismo en los pacientes sobre la posibilidad de sanación, lo cual ocurre en el caso de Angélica.

Todo lo que aqueja al individuo se ha enmarcado en un cuadro clínico que numera determinados signos y síntomas, también se abordan los aspectos conductuales, pero no las emociones, éstas son atribuidas a desajustes neuroquímicos y neurofisiológicos. Se tiene la firme creencia de que si se recuperan los niveles adecuados de serotonina o de algún otro neurotransmisor el sujeto se curará y continuará de manera normal el curso de su vida. Sin embargo, en la práctica se ha demostrado que esto no es así. El psiquiatra muestra poco o nulo interés en la historia de vida del paciente, centra su atención en los antecedentes heredo familiares patológicos, pero no se preocupa por

indagar sobre sus relaciones significativas, su dinámica familiar, ni sobre la construcción de la depresión en ese cuerpo que atiende dentro del consultorio. Para conocer más sobre la enfermedad se remite a la literatura, a las estadísticas y los artículos médicos más recientes que ponen en boga el uso de algún fármaco que ayuda a combatir, controlar y en el mejor de los casos a erradicar los síntomas de depresión. Retoma su experiencia con casos anteriores como si no existiera diferencia entre un sujeto y otro, toma de base patrones que se repiten entre un caso y otro, pero no considera las diferencias individuales, la ontogenia y luego se pregunta ¿Porqué algunos pacientes reaccionan bien a cierto medicamento y otros no?. Dejando así, expuesto al paciente a la remisión de la enfermedad como se observa en todos los casos referidos en la presente investigación.

En muchas ocasiones se canaliza a la persona a dos servicios de salud distintos, al psiquiatra y al psicólogo, mientras el primero le prescribe fármacos, el segundo realiza inferencias sobre el porqué de su patología tomando de base la postura psicológica que defienda, pues no hay un acuerdo dentro de la Psicología sobre cómo tratar los distintos padecimientos.

Así que el divorcio no sólo lo vemos al interior de la Ciencia médica, sino también dentro de la propia Psicología. Cada especialista de la salud se contenta con realizar su labor de forma fragmentaria y separada, difícilmente hay un punto de convergencia y el paciente depresivo se encuentra en una disyuntiva entre dos visiones completamente distintas que le otorgan confusión sobre su estado de salud y su pronóstico.

Como se ha observado, en todos los casos de depresión aquí citados el tratamiento farmacológico únicamente les ha ayudado a disminuir temporalmente los síntomas de ansiedad, sin embargo, estos vuelven a presentarse una vez retirado el medicamento y la mayoría de las veces, el sujeto tiende a empeorar por el desajuste que se produce a nivel neuroquímico. Algunos agravamientos llegan a ser tan severos que llevan al sujeto a presentar ideas suicidas o conductas autodestructivas como son los casos de Vanesa y Liza.

En los casos más agudos de depresión es común que el psiquiatra prescriba un coctail de medicamentos, mismos que con su ingesta y fijación en la sangre deterioran aún más la

salud de la persona acarreándole enfermedades secundarias por la afección que causan en el organismo. Por citar algunos casos: a Ana se le ha afectado su hígado y ha tomado Diazepan, Imipramina, amitriptilina, actualmente toma Clonazepan, Teoridacina y Meyeril. A Vanesa se le ha dañado su estómago con la ingesta de Metriptilina y Meyeril, además del consumo simultáneo de “dos ansiolíticos, dos antidepresivos y dos neurotransmisores”. Liza llegó al coma por el abuso de medicamentos, entre ellos: Valium, Librium, Diazepan, mismo que toma de por vida y ha intoxicado completamente su cuerpo, Carbomazepina, Tegretol y Rivotril. Y a Susana la llevó a la gastritis. Los medicamentos que les han prescrito sólo han aliviado temporalmente los síntomas, en algunos casos los ha empeorado y no resuelven el conflicto emocional. Por lo que es importante no perder de vista que el uso irresponsable e inadecuado de fármacos lleva al empeoramiento del paciente.

He observado que cuando la persona no utiliza todos sus recursos para enfrentar las verdaderas emociones negativas que inundan su vida afectiva, dificulta y entorpece el proceso de curación. En realidad, la demanda inicial de la persona que acude al especialista es aliviar sus síntomas, no tiene la expectativa de contactar sus emociones, razón por la cual acude de primera instancia con el médico o con el psiquiatra y no con el psicólogo o alguna otra persona.

Sin embargo, a medida que su enfermedad avanza y se da cuenta de que lo que le aqueja no cede con la ingestión de medicamentos, comienza a reconocer la necesidad de otro tipo de ayuda y hasta entonces empieza a recurrir a la medicina alternativa o la atención psicológica.

Cuando la persona comienza a contactar sus verdaderas emociones y a desprenderse de ellas por el daño que le causan, dejan de manifestarse en el lenguaje psicosomático como vía de exteriorización. Pero esto sólo se logra a través de un arduo trabajo personal como el que ofrece la medicina alternativa como la acupuntura, la bioenergética o la vegetoterapia por mencionar algunas. Las cuales ofrecen mejores resultados, pues no sólo dirigen sus esfuerzos a eliminar síntomas, sino a restaurar el equilibrio energético del cuerpo, obliga al sujeto a reencontrarse, a reconstruirse y a reconocerse en ese cuerpo que hasta entonces le parecía ajeno.

Las llamadas terapias corporales, en especial la bioenergética, cuya visión integral concibe al individuo como resultado de su cuerpo y emociones, considera que 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 cuerpo. Estas emociones se quedan atrapadas en el cuerpo y se alojan en los músculos y en los órganos (Lowen, A. 1972).

Múltiples argumentos convergen en encumbrar la prevención de la depresión como una de las actividades sanitarias actuales primordiales y prioritarias. Apuntan en esta dirección la excepcional altura tomada por la incidencia de la enfermedad depresiva, los graves sufrimientos que la depresión acarrea no sólo para el enfermo, sino también para sus allegados y para la sociedad en general; el elevado índice de discapacidad, el alto costo económico, la considerable cuota de mortalidad, distribuida en suicidios, afecciones y complicaciones graves, entre las que comparten el primer lugar las descompensaciones metabólicas y los trastornos cardiovasculares.

Esto nos pone ante la necesidad de modificar nuestro esquema de salud – enfermedad, se hace fundamental el hecho de integrar un modelo distinto al positivista que nos permita promover mejores estilos de vida y pautas de relación distintos a los que prevalecen actualmente, enfocados a la prevención de las enfermedades más que a curar.

Se hace necesario reconocer que el empeño en seguir fragmentando al ser humano nos da como resultado el agravamiento de la salud, al hacer caso omiso de los conflictos de la persona y enfocarnos únicamente a su sintomatología estamos dando lugar a que esa herencia energética dañina se perpetúe y se transmita de generación en generación, conduciéndonos a la construcción de una sociedad cada vez más enferma y escindida.

CONCLUSIÓN

A lo largo de mi investigación pude constatar que aún las enfermedades más complejas como es la depresión, tiene orígenes multicausales, que es un padecimiento que se construye a lo largo de la historia de vida de un sujeto y no es el producto de un evento aislado.

Un dato importante es el hecho de que en la familia de origen se gesta esta enfermedad, no es gratuito que rara vez exista sólo un miembro que se encuentre deprimido, por lo regular los antecedentes que se hallan apuntan al sexo femenino, encontrando así que muy frecuentemente la mujer depresiva reporta que su hermana, su tía, su madre, su abuela o bisabuela padecen o padecieron este trastorno.

Hay una creencia generalizada de que la depresión es un padecimiento hereditario genéticamente, no obstante, muchas de las mujeres entrevistadas reconocen que más que genética es una enfermedad que obedece a las relaciones perturbadoras con uno o ambos padres, al hecho de haberse sentido rechazadas por estos y de asumirse como poco importante para sus familias. A esto no debe escapar el determinismo de la identidad de género, ya que la mayoría de las personas entrevistadas fueron mujeres y en su condición de mujeres, han aprendido formas particulares de vivir y sufrir en su cuerpo. Cargan con una historia de maltrato y discriminación que caracteriza al género femenino, por lo que han de traducir sus dolencias emocionales en padecimientos físicos.

Partiendo de la teoría de los cinco elementos, en la depresión hay un desequilibrio energético severo, donde predominan relaciones de interdominancia, durante las cuales se presentan crisis agudas que van desde la ansiedad, hasta ideas de muerte o intentos de suicidio. Las emociones que se encuentran fuera del control de la persona la llevan a romper con el equilibrio de yin y yang, estos no interactúan en armonía y predomina alguno de ellos.

Dicho desequilibrio se va haciendo cada vez mayor al grado de afectar diferentes órganos del cuerpo, dependiendo de la emoción que da origen a la depresión o aquella que inunda la vida energética del sujeto. Como se mencionó en el análisis de los casos

la emoción más común (en cuatro mujeres) que se encontró en las personas entrevistadas fue la *IRA*, enojo hacia alguno de los progenitores pero dirigida hacia el interior, la rabia se acumula y se deposita en el hígado, llevando al sujeto a padecer enfermedades relacionadas con éste órgano, lo que implicó para dos de ellas dificultad para concebir un hijo.

La emoción que ocupó el segundo lugar con respecto a su frecuencia fue el *MIEDO*, temor por perder a la madre que padece depresión, sólo en uno de los casos esto difirió de los dos restantes, dicho caso es el de bipolaridad más severo. Lo que puede explicarse al revisar la dinámica familiar, el miedo a perder a la madre en los dos primeros casos obedece al hecho de tener una relación positiva y simbiótica con ella y el sentimiento de desprotección ante la amenaza de perderla como figura representativa, en cambio, en el caso de la mujer bipolar, se observa una relación distante con la madre, quien no funge como fuente de afecto, lo que tienen en común éstas tres mujeres es el sentimiento de desprotección y el sentirse vulnerables al ver amenazada su integridad emocional.

Con respecto a la emoción de *TRISTEZA*, sólo se observó en dos casos, mientras que la emoción de miedo fue fundada a partir de una amenaza de pérdida o pérdida simbólica, la tristeza surge por la pérdida real de la figura representativa, en este caso, el padre. No obstante, en el segundo caso de tristeza, ésta fue transmitida por la madre durante el periodo de vida intrauterina, pero que pronto encontró su manifestación corporal a través de gripas y enfermedades de las vías respiratorias recurrentes.

Y por último, sólo se presentó un caso en el que la depresión comenzó con la emoción de *ANSIEDAD* y sucedió en el único hombre de la población entrevistada. La ansiedad puede explicarse aquí por el hecho de ver amenazada la propia integridad ante las agresiones de uno de los progenitores, específicamente el padre y la falta de protección de la madre.

Sin embargo, las relaciones con ambos progenitores y el resto de los hermanos da un matiz distinto en cada uno de los casos, así, se observa que quienes tienen relaciones positivas con ambos padres, a pesar del enojo que puedan sentir, da mayores

posibilidades de sanación, que aquellos que mantienen una relación negativa con alguno de ellos.

Un dato digno de resaltar es el hecho de que la toma de conciencia de los propios procesos psicocorporales posibilita tener mayor control sobre ellos, hasta entonces los conflictos comienzan su transformación de lo psicósomático a movimientos de la energía más sanos y estabilizadores. En el momento en que las mujeres comenzaron tratamientos que las condujeron a un autoconocimiento iniciaron cambios en sus vidas, comenzaron a romper con las relaciones que les hacían daño, reconocieron el origen de su enojo, su miedo o su tristeza y hasta entonces el ciclo de su energía se modificó de Interdominancia a Intergeneración.

Otro aspecto fundamental que merece enfatizarse es la construcción individual que lograron hacer los hermanos no deprimidos en cada una de las familias entrevistadas. Si la depresión fuera una enfermedad donde lo preponderante fueran los factores hereditarios, ¿cómo explicaríamos el hecho de que no todos los integrantes de una familia se deprimen?, la respuesta convencional y positivista, atribuiría esto a una predisposición genética. Sin embargo, he podido constatar que esto no es ni lo fundamental, ni lo único, pues mis hallazgos demuestran que un individuo tiene la capacidad de construir formas más sanas de vivir en su cuerpo, de promover emociones más positivas para sí, que le ayuden a mantener su equilibrio interno y a evitar depositar en sus órganos emociones negativas como la ira, el miedo, la tristeza o la ansiedad que lo lleven a deprimirse. Con esto no quiero decir que no lleguen a experimentarlas, pero sí que pueden ejercer un autocontrol sobre ellas echando mano de los recursos emocionales con que cuentan desde la infancia. Algo común en los familiares no deprimidos es el hecho de que, contrario a los depresivos, mantuvieron desde temprana edad una relación positiva con sus padres, principalmente con la madre, no desarrollaron apegos ni una relación de dependencia hacia ella, así como tampoco se vieron expuestos a la pérdida y/o abandono de su parte, como se dio en el caso de la mayoría de los depresivos. Por lo contrario, a los no deprimidos, la madre les proveyó el amor, cuidados y una sensación de protección que posteriormente retomaron para desarrollar seguridad, confianza en sí mismos, promovieron en ellos una autoestima más elevada, al hacérselos sentir valiosos, lo que posteriormente en la vida adulta, les permitió ser independientes emocionalmente y adultos sanos.

Las investigaciones que hasta ahora se han hecho de este padecimiento, aseguran que un nivel adecuado de autoestima implica un corte al riesgo de sufrir depresión. Lo contrario sucede con la autoestima frágil o insuficiente. La carencia de una equilibrada autoestima convierte al sujeto en una víctima propiciatoria para hundirse en la depresión. La evitación de la infraautoestima debe ser uno de los objetivos educacionales suficientemente importante para reclamar la atención de los padres. Se debe tener siempre presente que la valoración negativa recibida en la infancia y el abandono, tanto como el maltrato físico y psicológico, pueden marcar a una persona para toda la vida, promoviendo la instalación de emociones negativas en los órganos, lo cual le hace muy vulnerable a sufrir de depresión.

CONCLUSIONES FINALES

No podemos negar que el ser humano es una entidad integral de constitución muy compleja, con respecto a lo tangible, está formado por órganos, músculos, huesos y complicados sistemas que le permiten mantener un adecuado funcionamiento para subsistir. Pero el ser humano no es sólo lo que podemos ver de manera física, es el animal que ocupa el lugar superior de la escala evolutiva y como tal está conformado por algo más allá de lo físico, tiene la capacidad de albergar emociones diversas y complejas y más aún, tiene la capacidad de construir sus propias enfermedades, pero también de sanarse él mismo.

Si entendemos la existencia humana como el resultado de movimientos energéticos, interacciones complejas del cosmos y lo que le rodea, incluyendo su red de relaciones sociales y la cultura donde vive, sólo bajo esa luz, podemos comprender sus maneras de funcionar, de enfermar y de sanar.

La familia constituye una microcultura en donde la mayoría de nosotros nacemos y nos desarrollamos, es en este espacio donde interiorizamos formas de comportarnos, de sentir y de enfermarnos. El sujeto introyecta todo un código de valores y ética que regula su manera de ser a cada instante, que va conformando su constitución psicocorpoemocional, la elección de su vida, en la mayoría de los casos, no la hizo él, se le impuso por un rito familiar y él lo hizo suyo.

Al crecer, las personas suelen aprender a desligar su cuerpo de sus emociones por ajustarse a las demandas sociales y culturales, desde sus expresiones faciales, tono de voz, respiración y postura, hasta su discurso privado. En este particular, las relaciones familiares son un proceso importante respecto de la salud y la enfermedad. Lo interesante es el proceso por medio del cual el sujeto materializa y somatiza la relación familiar en su cuerpo, sin olvidar el proceso histórico-social.

El cuerpo debe ser entendido no sólo en su dimensión anatómica y fisiológica, sino como espacio de inscripción cultural, esta visión pone a la luz que el cuerpo es algo más que biología y a la vez nos permite cuestionar las afirmaciones de que las mujeres padecen mayor depresión porque su naturaleza así lo determina. Un elemento

predisponente es la educación afectiva a la que todos estamos expuestos, pero que en el caso de las mujeres, da pauta a una historia emocional depresiva. Ese cuerpo que somos ha pasado por una trayectoria de vida que lo ha marcado y el primer espacio de referencia y significación es la familia. Todas las mujeres e incluso el único hombre entrevistado, trae inscrito en su cuerpo una historia de maltrato, de devaluación, de abandono, de miedos, corajes, resentimientos y tristeza por el hecho de sentirse poco valiosos para su familia, principalmente para la madre y el padre. Todos absolutamente han sido víctimas del abandono afectivo de sus progenitores, lo que los llevó a desarrollar una autoestima baja y un profundo sentimiento de desamor, rechazo y soledad.

Con estos elementos puedo asegurar que la mayor incidencia de depresión en las mujeres no debe buscarse en la supuesta biología femenina, sino en las condiciones de vida y en la historia del cuerpo vivido sin dejar de considerar todos los elementos que participan en la construcción de una identidad corporal deteriorada que afecta a las mujeres.

En esta investigación pude constatar que la depresión, si la concebimos como una enfermedad psicosomática deja ver la articulación de las emociones y el cuerpo, que ninguno de los dos existe sin el otro, que lo que le ocurre a uno, necesariamente le ocurre al otro y que es indispensable su armonía para conservar la salud.

Recordemos que el discurso social siempre se apropia de la subjetividad y se vuelve discurso de los individuos que habitan en ella; cada uno de nosotros nos lo apropiamos, y tenemos la errónea creencia de que es algo construido por nosotros mismos al margen de la influencia social. Lo importante aquí es que el discurso social se ha apoderado de la subjetividad de la mujer y ella no se da cuenta, está tan inmersa en ese discurso que se lo apropia como si fuera suyo sin percatarse de que le es ajeno, de que ese discurso no se ha apropiado sólo de su cuerpo sino de sus emociones, de sus sentimientos, negándole lo que le es propio, por no encajar o no estar de acuerdo con el discurso hegemónico de la época.

La mujer como ser humano es un ser social, que nace y muere dentro de una cultura, un sistema con sus normas, con niveles de permisividad y prohibición. Así, cada mujer

vivirá su proceso de salud – enfermedad de acuerdo a la cultura a la que pertenezca, a partir de los roles de género vigentes según la época, pero también de las relaciones que establezca dentro de su sistema familiar, pero principalmente de su particular historia personal.

Las emociones que acumula a lo largo de su vida desde la infancia, llegan a ser tan negativas y desbordantes que alteran la energía y homeostasis, el simple reconocimiento de lo que se siente, no basta para la reestructuración del ciclo energético, pues una vez que la emoción se ha instalado en los órganos se necesita todo un trabajo personal para disminuir la intensidad de la ira, el miedo, la tristeza o la ansiedad.

Trabajo que rara vez puede lograrse a través de los servicios médicos o psiquiátricos, pues éstos únicamente se enfocan a combatir los síntomas que se presentan durante el periodo depresivo, hay una completa fragmentación del cuerpo, órganos, y de las emociones ni qué decir, nisiquiera se abordan.

Vale la pena citar a Elkin (2000), un teórico positivista como muchos otros, quien sostiene que algunas personas tienen predisposición genética a sufrir trastornos depresivos graves, la posibilidad entre parientes de primer grado es mayor, en comparación con los parientes de segundo grado. Es claro que el enfoque bajo el que se trabaja en los servicios sanitarios actuales sólo considera factores genéticos, neuroquímicos y fisiológicos, pero pierde de vista la ontogénesis. Comparto la tesis de que el riesgo de padecer depresión es mayor cuando se tienen antecedentes de dicha enfermedad en la familia, pero no estoy de acuerdo con tratar de explicarlo únicamente con bases genéticas, pues hay que considerar las relaciones que se dan al interior de la familia, pues no son las mismas experiencias que tiene una persona que convive con un familiar depresivo que las de aquel que tiene la posibilidad de convivir, crecer y constituirse en una dinámica familiar distinta y para ello hay vasta evidencia en este trabajo.

Comparto con Contreras (1998, en Rovaletti, 1998) la premisa de que las relaciones familiares juegan un papel preponderante en el proceso de enfermar de los individuos, en el contexto familiar el sujeto materializa y somatiza la dinámica familiar en su cuerpo, sin excluir el proceso histórico social y la cultura en la que se desarrolle. Los

impactos psicológicos vividos en el interior de la familia quedan registrados en el cuerpo, los cuales más tarde habrán de manifestarse con un lenguaje psicósomático.

Ello hace necesario otra forma de entender, abordar, explicar y tratar la depresión, las terapias corporales se han convertido en correctoras del cuerpo, se sigue conservando la idea de que el cuerpo es hogar de un agente patógeno, al cual hay que exterminar, en vez de considerar que lo que hay que hacer es recobrar el equilibrio psicocorporal de forma integral.

El tratamiento psiquiátrico en algunos casos, incluso, empeoran la gravedad de la depresión, intoxican el organismo y llevan al sujeto a un estado de letargo que lo incapacita al igual que la enfermedad. Cuando el cuerpo humano “funcional mal”, un médico puede diagnosticar que el culpable es determinado elemento, pero en realidad la causa de toda perturbación de nuestra salud siempre es múltiple.

Pero no todo es desalentador, pues si bien es cierto que existe una memoria corporal, también cabe la posibilidad de reaprender nuevas formas de construcción, si el sujeto toma su enfermedad como una posibilidad para crecer emocionalmente y hacer cambios en su vida, cambios que lo lleven a una mayor armonía consigo mismo y con su entorno.

Es necesario realizar un replanteamiento de la medicina tradicional en occidente, donde se tiene una concepción bastante fragmentada del ser humano, de su cuerpo y lo que le rodea, razones que me llevan a proponer abordar el fenómeno de la depresión desde la Teoría de los Cinco Elementos, la cual propone un modelo psicocorporal mucho más inclusivo, en el cual se pretende no sólo recobrar, sino mantener la salud del individuo y más aún, prevenir la enfermedad.

Hemos podido percatarnos, a lo largo de esta investigación del complejo fenómeno que es la depresión, cómo se ha ido construyendo en cada uno de los casos y los factores que la han promovido. Con todos estos elementos, puede afirmarse que la depresión es una enfermedad psicósomática, dejando claro que la somatización conlleva un proceso en el cual el sujeto elabora un síntoma en un órgano y se convierte en un problema de salud crónica que no le impide llevar el curso de su vida en algunos casos y se asocia

con algunos periodos de crisis de acuerdo con un problema no resuelto en su vida cotidiana, según López R. (2002), yo agregaría, con emociones no resueltas desde la infancia, pues en todos los casos revisados en este estudio se puede constatar que la depresión no es una enfermedad dada por generación espontánea, que no es producto de la herencia genética, sino de una vivencia psicocorporal construida desde los primeros años de vida o incluso antes de nacer.

Considerando la relación que guardan los cinco elementos del cosmos con las emociones y los órganos ¿porqué no pensar en una herencia energética? si se ha demostrado que las emociones de rechazo, abandono y maltrato van desestabilizando la energía interior y debilitando el qi de los órganos y que de esto depende la forma en que la persona elabora su proceso psicósomático y de depresión, así como la forma en que presenta su crisis. Así como tampoco hay que perder de vista que los modos de enfermar también están pautados por la cultura a la que pertenecemos y por nuestra identidad de género, pues es por medio de un proceso socializador por el cual se enseña a la mujer desde los primeros años a comportarse de acuerdo al rol sexual femenino vigente. Estoy totalmente de acuerdo con Oliva López (2002) que el tipo de educación promueve en la mujer una autoestima baja, un autoconcepto pobre y facilita que vaya interiorizando características de inferioridad y debilidad, las cuales se van instalando en su cuerpo desde sus primeros años de vida.

Esto no es menos importante que las emociones identificadas como promotoras de la depresión, tales como el miedo a perder a la madre, la tristeza o ansiedad por su abandono o la ira que se siente hacia ella por su rechazo, pues a pesar del maltrato que han recibido por parte de sus padres, en su mayoría alcohólicos, las mujeres entrevistadas se asumen en un rol de interioridad y debilidad en comparación con la figura masculina, lo cual ha determinado que se subyuguen y adopten un rol pasivo con respecto a la construcción de su propia historia personal, como si no tuvieran muchas opciones para elegir, como si tuvieran que cumplir con el destino que sus padres tenían preparados para ellas y que se va perpetuando de generación en generación.

De modo que no sólo en la literatura se hace evidente el olvido del cuerpo, esto se observa en nuestras relaciones cotidianas, en los discursos de quienes nos rodean, en la mercadotecnia, en la educación formal e informal, en los modos de enfermar y en los

servicios de atención sanitaria. En los programas de estudio que tienen aquellas carreras que se relacionan con lo social y con lo humano se trasmite y transmite la creencia de que somos seres divididos en tres esferas bio – psico – social, a esto no escapa por supuesto la Psicología, cuando surge la pregunta ¿Qué estudia la Psicología? Es común escuchar “la mente humana”, “el comportamiento humano”, pero en ese tipo de respuestas sólo se deja ver que seguimos con la creencia de que la mente domina al cuerpo, que lo que pasa en el cuerpo debe ser controlado y lo que debe ser controlado es materia de especialistas de la salud.

Y así llevamos años y siglos trabajando, por lo que se hace necesario el reconocimiento por parte de los psicólogos de que los pacientes tienen otra cosa aparte de la conducta o el inconsciente, saber que los procesos hereditarios se conjugan con la cultura, que la cultura es el conjunto de lo que se aprende de los demás, contrario a lo que se aprende por sí mismo, aisladamente. En la medida en que mostremos más apertura con respecto a nuestras concepciones actuales de salud – enfermedad, estaremos en posibilidades de ser verdaderos profesionales de la salud, de ayudar a un sujeto a reconstruirse en ese cuerpo que demanda atención y un entendimiento mayor sobre sus emociones, entendimiento y trabajo que le ayude a resignificarse y promover estados más armónicos consigo mismo y con su entorno para estar en aras de una mejor sociedad.

REFERENCIAS.

- 1) Aguilar, G. E. (2003) Hablemos de lo que se dice acerca de la depresión. En: **Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones III**. México: CEAPAC. Págs.
- 2) Arieti, S. y Bemporad, J. (1990) Revisión crítica de los principales conceptos de depresión. En: **Psicoterapia de la depresión**. México: Trillas.
- 3) Bellack, M. (2000) Terapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de la depresión. En: **Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia**. México: Manual Moderno.
- 4) Centro de Investigaciones de Medicina Psicosomática (1975) El Psicoanálisis y la Medicina Psicosomática. En: **Un estudio del hombre que padece**. Buenos Aires: Paidós.
- 5) Colom, M. B. (1998) Diferencias individuales anormales (596-600). En: **Psicología de las diferencias individuales**. Madrid: Pirámide.
- 6) Contreras Romero Fátima (2002) La familia en la construcción de un cuerpo. En: **Lo corporal y lo psicosomático**. Tomo II.
- 7) Cruzado, J.A. y De la Puente (1997) Salud, bienestar y calidad de vida. En: **Lo Psicosomático**. Madrid: Aguilar.
- 8) Davison, G. C. (1983) La depresión. En: **Psicología de la conducta anormal**. México: Limusa.
- 9) Deshiman, T. y Chauchard, P. **Zen y Cerebro**. Barcelona: Cairós
- 10) Diez, B. (1976) Medicina psicosomática o integral. En: **De la emoción a la lesión**. México: Trillas.

- 11) Dio, B. E. (1991) El feminismo espontáneo de la histeria. En: **Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad.**
- 12) Elkin, D. (2000) Trastornos del estado de ánimo: trastornos depresivos. En: **Psiquiatría Clínica.** México: Mc. Graw Gill.
- 13) Fernández J. (1998) Los roles de género. En: **Género y Sociedad.** Madrid: Pirámide.
- 14) Freden, L. (1982) ¿Qué es la depresión?. En: **Aspectos psicosociales de la depresión.** México: Fondo de Cultura Económica.
- 15) García, C. (1999) **Usted no tiene nada: La somatización.** España: Océano.
- 16) Griffith, J. L. y Elliot, G. M. (1996) Aparición de los síntomas. En: **El cuerpo habla.** Argentina: Amorrortu.
- 17) Gross, R. (1998) Sexo y género. En: **Psicología: la ciencia de la mente y la conducta.** México: El Manual Moderno.
- 18) Haynal, A. y Pasini, W. (1984) De la angustia y la depresión a la enfermedad. En: **Manual de medicina psicosomática.** Barcelona: Masson.
- 19) Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (2001) Trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I y trastorno bipolar II. En: **Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta psiquiátrica clínica.** España: Médica Panamericana.
- 20) Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (2001) Trastorno distímico y trastorno ciclotímico. En: **Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta psiquiátrica clínica.** España: Médica Panamericana.
- 21) Lang, H. (1998) El cuerpo como instrumento y objeto. En: **Corporalidad. La problemática del cuerpo en el pensamiento actual.** Buenos Aires: Lugar Editorial.

- 22) Lara, M. A. (2003) “Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta”. Salud Mental, 26 (3), 27-36.
- 23) Le Bretón, D. (1990) **Antropología del cuerpo y modernidad**. Buenos Aires: Nueva Visión.
- 24) López, R. S. (2000) **Zen y cuerpo humano**. México: CEAPAC Verde Halago.
- 25) López, R. S. (2002) El aire y los cinco elementos. **Historia del aire y otros olores en la ciudad de México**. México: CEAPAC.
- 26) López, R. S. (2002) Las enfermedades psicosomáticas: una interpretación. En: **Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones I**. México: Plaza y Valdés.
- 27) López, R. S. (2002) Los porqué de una historia del cuerpo humano en México. En: **Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones II**. México: Zendova.
- 28) López, S. O (1998) **Enfermas, Mentirosas y Temperamentales**. México: Plaza y Valdés.
- 29) López, S. O. (2002) ¿Es la depresión un estado constitutivo de la naturaleza femenina?. En: **Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones I**. México: Plaza y Valdés.
- 30) Lowen, A. (1972) Porqué nos deprimimos. En: **La depresión y el cuerpo**. Madrid: Alianza.
- 31) Lowen, A. (1977) El concepto de energía. En: **Bioenergética. Terapia revolucionaria que utiliza el lenguaje del cuerpo para curar los problemas de la mente**. México: Diana.

- 32) Márquez, M. (2001) Trastornos depresivos crónicos. Variedades clínicas y subclínicas. En: Rojtenberg. S. (2001) **Depresiones y antidepresivos. De la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra.** Argentina: Panamericana.
- 33) Martínez, P. (1973) Semiología y exploración del paciente psicossomático. En: **Patología psicossomática en la clínica, médica y psicológica.** Barcelona: Científico – Médica.
- 34) Medina y cols. (2003) “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México”. Salud Mental, 26 (4), 1-16.
- 35) Navarro, A. (1990) La Psicoterapia corporal de la depresión. En: **Psicoterapia antidepresiva.** México: Trillas.
- 36) Ochoa de Alda, Inmaculada (1995) **Enfoques en Terapia Familiar Sistémica.** Barcelona: Herder.
- 37) Pancheri, P. (1990) Síntomas psiquiátricos. Depresión. En: **Manual de psiquiatría clínica.** México: Trillas.
- 38) Pfeiffer, M. L. (1998) El cuerpo ajeno. En: **Corporalidad. La problemática del cuerpo en el pensamiento actual.** Buenos Aires: Lugar Editorial.
- 39) Reich (1942) En: Fadiman, J. y Frager, R. (1979) **Teorías de la personalidad de Fadiman.** México: Harla.
- 40) Reid, D. (1999) **Medicina tradicional china.** Barcelona: Urano.
- 41) Rojtenberg. S. (2001) Clasificación de las depresiones. En: **Depresiones y antidepresivos. De la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra.** Argentina: Panamericana.

- 42) Rojtenberg, S. (2001) Depresión: una introducción a su estudio. En: **Depresiones y antidepresivos. De la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra.** Argentina: Panamericana.
- 43) Rovalletti, M. L. (1998) Identidad y estética del cuerpo. **Corporalidad. La problemática del cuerpo en el pensamiento actual.** Buenos Aires: Lugar Editorial. Págs.
- 44) Serrano, N y cols. (1997) Psicósomática: Orígenes y marcos de referencia. En. Aportaciones a la Medicina Psicósomática. Universidad de Málaga.
- 45) Smith,; Sarason, G.; Sarason, B. (1984) Trastornos conductuales. En: **Psicología. Fronteras de la conducta.** México: Harla.
- 46) Tordjman, G. (1990) Enfermedades Psicósomáticas. En: **Cómo comprender las enfermedades psicósomáticas.** México: Gedisa.
- 47) Turijan, R. (1999) Estructura familiar y trayectoria de vida en México. En: **México diverso y desigual. Enfoques sociodemográficos.** México: El Colegio de México y SOMEDO.
- 48) Vallejo, R. J. (1992) “Trastornos depresivos”. En: **Introducción a la psicopatología y la psiquiatría.** México: Salvat.
- 49) Vidal, (1995) **Enciclopedia Iberoamericana de psiquiatría.**

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- 1) <http://portal.vozprosaludmental.org.mx>

ANEXOS

ANEXO 1

GUÍA DE ENTREVISTA PARA LAS PERSONAS DEPRESIVAS.

Datos generales.

1. Nombre completo.
2. Teléfono:
3. Sexo:
4. Edad:
5. Estado civil:
6. Hijos: (Cuántos, edades, escolaridad, ocupación, con quién viven)
7. Escolaridad:
8. Estatura:
9. Peso / Variaciones:
10. Grupo sanguíneo:
11. Religión:
12. ¿Qué tanto la practicas?
13. ¿De quién la heredaste?

Vivienda.

14. Domicilio:
15. Tipo de vivienda: casa___ departamento___ / piso___ concreto___ madera___
otro___/ paredes_____ techo_____
16. Servicios de urbanización con los que cuenta: agua___ luz___ drenaje___
teléfono___ correo___ pavimentación___ alcantarillado___
17. ¿Con quién vives?
18. ¿Cómo está distribuida tu casa?
19. ¿Qué espacio está designado para cada habitante de la casa?
20. ¿Cuánto tiempo llevas viviendo aquí?
21. ¿Dónde vivías antes?
22. ¿Cuánto tiempo viviste allí?
23. ¿Porqué cambiaste de domicilio? (si es el caso)

Actividades.

24. Platícame qué haces un día cotidiano (descripción de un día entre semana y fin de semana)
25. ¿Cuáles son tus pasatiempos?
26. ¿Realizas algún tipo de ejercicio?
27. ¿Qué cosas disfrutas más hacer?
28. ¿Qué cosas no te gusta hacer o te disgustan más?

Alimentación.

29. ¿Cuántas comidas haces al día?
30. ¿A qué horas?
31. ¿Por lo general qué comes? (Cantidades)
32. ¿Qué alimentos consumes más?
33. ¿Qué alimentos evitas comer?
34. ¿Dónde comes?
35. ¿Con quién comes?
36. ¿Comes con prisa o te das tiempo suficiente para disfrutar la comida?
37. ¿En qué piensas cuando comes?
38. ¿En algunas ocasiones el hambre se te va y dejas de comer?
39. ¿Bajo qué circunstancias?
40. ¿Con qué frecuencia?
41. ¿Cómo se refleja en tu cuerpo? (te sientes fatigada, con igual de energías, etc.)
42. ¿Comes entre comidas?
43. ¿Has notado algún aumento o disminución en tu peso?

Sueño

44. ¿A qué hora te preparas para ir a dormir?
45. ¿Qué haces para prepararte para ir a la cama?
46. ¿Cuántas horas duermes?
47. ¿A qué hora te levantas?
48. ¿Duermes por las tardes o a cualquier hora del día?

49. ¿Cómo te sientes cuando despiertas? Cansado, relajado, descansado, preocupado, somnoliento, con sueño, etc.
50. ¿Te dan ganas de levantarte?
51. ¿Qué es lo primero que piensas cuando te levantas?
52. ¿Recuerdas si durante la noche tuviste pesadillas, algún sueño en particular (sueños recurrentes)?

Salud

53. ¿Has tenido abortos? (Cuántos, causas)
54. ¿Has tenido alteraciones en tu ciclo menstrual? (Dismenorrea (esporádico y con dolor), amenorrea (ausencia de sangrado), dolor, inflamación, cólicos)
55. ¿Eres sexualmente activo (a)?
56. ¿Utilizas algún anticonceptivo?
57. ¿Te sientes satisfecho (a) con tu vida sexual?
58. ¿Qué enfermedades importantes has padecido?
59. ¿Has padecido enfermedades frecuentes?
60. ¿Cuáles y con qué frecuencia?
61. ¿Cómo te las has tratado?
62. ¿Has tenido cirugías?

Autoconcepto.

63. ¿Cómo te describirías?
64. ¿Qué es lo que más te gusta de ti? (física y emocionalmente)
65. ¿Qué es lo que más te disgusta de ti? (física y emocionalmente)
66. ¿Cómo te hubiera gustado ser? (física y emocionalmente)
67. ¿Qué expectativas tienes de ti?

Estructura familiar.

68. ¿Por cuántas personas está compuesta tu familia de origen?
69. Edades de cada uno
70. Estado civil de cada uno

71. Ocupación de cada uno
72. ¿Dónde naciste?
73. ¿Dónde nacieron tus padres y tus hermanos?
74. ¿Quién te crió / educó?
75. Actividades y roles de cada integrante.
76. ¿Cómo consideras o calificarías la educación que te brindaron?
77. ¿Cómo te llevas con cada uno de los integrantes de tu familia?
78. ¿Con quien tienes más disgustos?
79. ¿A quién reconoces como la persona más fuerte de tu familia?
80. ¿Quién consideras que necesita más apoyo de tu familia?
81. ¿Quiénes se llevan mejor?
82. ¿Hay alguien que esté distanciado? ¿Porqué?
83. ¿Cómo lo describirías?
84. ¿Mantienen comunicación con alguien? ¿Con quién?
85. ¿A quién crees que te pareces y porqué? (no en el aspecto físico)
86. ¿Cuáles son los recuerdos más significativos de tu familia (vida familiar)?
87. ¿Qué lugar sientes que ocupas dentro de tu familia? (enérgico, débil, etc.)
88. ¿Qué expectativas tiene o tenía tu familia de ti?
89. ¿Qué es lo que más te gusta de tu familia? ¿porqué?
90. ¿Qué es lo que más te disgusta de tu familia? ¿porqué?
91. Si pudieras cambiar algo de tu familia ¿qué cambiarías y porqué?
92. ¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes en tu familia?
93. ¿Cuáles han sido los momentos más difíciles de tu vida?
94. ¿Cuáles son los momentos más felices de tu vida?

Padecimiento.

95. ¿Desde cuando te empezaste a sentir mal?
96. ¿Qué sentías?
97. ¿Con qué frecuencia?
98. ¿Ante qué situaciones o personas?
99. ¿Qué pensabas?
100. ¿Qué hacías ante los síntomas?
101. ¿Le comentaste a alguien cómo te sentías?

102. ¿Qué te motivó a buscar a un profesional?
103. ¿A qué profesional o a qué lugar acudiste por primera vez?
104. ¿Hace cuanto tiempo?
105. ¿Qué te dijo ese profesional?
106. ¿De qué manera trabajaste con él?
107. ¿Qué aspectos trabajaron?
108. ¿Qué impacto tuvo en ti cuando te dijeron que padecías depresión? (qué pensaste, sentiste, cómo reaccionaste)
109. ¿Qué hizo tu familia al enterarse de tu padecimiento?
110. ¿Actualmente con qué profesional te tratas la depresión?
111. ¿Cómo es tu tratamiento?
112. ¿Qué aspectos han trabajado?
113. ¿Qué aspectos te falta por trabajar?
114. ¿Porqué crees que te haya dado depresión?
115. ¿Crees que ha cambiado tu vida a partir de que te enfermaste? / ¿De qué manera? (Hábitos alimenticios, sueño, actividades cotidianas, tu manera de ver la vida, etc.)
116. ¿Cómo es un día para ti cuando te sientes deprimido (a)? (en términos de actividades, emociones, pensamientos, etc.)
117. ¿Cuál es la emoción que predomina en ti cuando estás deprimido (a)?
118. ¿Hay alguna parte del cuerpo donde la sientas más?
119. ¿Cómo lo has enfrentado?
120. ¿Recuerdas qué emoción sentías con más frecuencia antes de que enfermaras de depresión? (ira, tristeza, alegría, emoción, etc.)
121. ¿Cómo percibes tu padecimiento? (como un castigo, una oportunidad de crecer, como un refugio, te tiene harta, una lucha constante, etc.)
122. ¿Tus relaciones afectivas han cambiado?
123. ¿De qué manera?
124. ¿A quién te acercas cuando te sientes deprimido?
125. ¿A lo largo del tiempo, ha cambiado la manera en que afrontas o manejas tus estados depresivos? ¿De qué manera?
126. ¿De quién recibes apoyo?
127. ¿Qué ha hecho tu familia ante tu padecimiento? (te han brindado apoyo, te han rechazado, te critican, te esquivan, etc.)

128. ¿Alguien de tu familia padece depresión?
129. ¿Quién / desde cuando / y como se la trata si es que lo hace / le funciona?
130. ¿Porqué crees que le haya dado depresión?
131. ¿Ellos de quién reciben apoyo?
132. ¿Cómo crees que se debe actuar con una persona deprimida? (es decir, cómo debe ser tratada)

Niños deprimidos.

133. ¿Porqué razón llevaste a tu hijo (a) con un psiquiatra o psicólogo?
134. ¿Desde cuando está yendo con ese profesional?
135. ¿En qué consiste su tratamiento?
136. ¿Qué aspectos han trabajado?
137. ¿Qué aspectos están trabajando?
138. ¿De qué manera?
139. ¿Qué avances ha tenido?
140. ¿Tú cuál crees que sea su problemática?
141. ¿Porqué crees que le haya dado depresión?
142. ¿Cuáles son las metas a alcanzar en el tratamiento?
143. ¿Ha modificado su comportamiento a través de la terapia? ¿De qué manera?
144. ¿De qué manera contribuyes a que tu hijo (a) resuelva su problemática?
145. ¿Qué expectativas tienes de la terapia?
146. ¿Qué expectativas tienes de tu hijo?

ANEXO 2

GUÍA DE ENTREVISTA PARA LOS FAMILIARES DE DEPRESIVOS

Datos generales.

1. Nombre completo.
2. Teléfono:
3. Sexo:
4. Edad:
5. Estado civil:
6. Hijos: (Cuántos, edades, escolaridad, ocupación, con quién viven)
7. Escolaridad:
8. Estatura:
9. Peso / Variaciones:
10. Grupo sanguíneo:
11. Religión:
12. ¿Qué tanto la practicas?
13. ¿De quién la heredaste?

Actividades.

14. Plátame qué haces un día cotidiano (descripción de un día entre semana y fin de semana)
15. ¿Cuáles son tus pasatiempos?
16. ¿Qué cosas disfrutas más hacer?
17. ¿Qué cosas no te gusta hacer o te disgustan más?

Salud.

18. ¿Qué enfermedades importantes has padecido?
19. ¿Has padecido enfermedades frecuentes?
20. ¿Cuáles y con qué frecuencia?
21. ¿Cómo te las has tratado?
22. ¿Has tenido cirugías?

Autoconcepto.

23. ¿Cómo te describirías?
24. ¿Qué es lo que más te gusta de ti? (física y emocionalmente)
25. ¿Qué es lo que más te disgusta de ti? (física y emocionalmente)
26. ¿Cómo te hubiera gustado ser? (física y emocionalmente)
27. ¿Qué expectativas tienes de ti?

Estructura familiar.

28. ¿Por cuántas personas está compuesta tu familia de origen?
29. Edades de cada uno
30. Estado civil de cada uno
31. Ocupación de cada uno
32. ¿Dónde naciste?
33. ¿Dónde nacieron tus padres y tus hermanos?
34. ¿Quién te crió / educó?
35. Actividades y roles de cada integrante.
36. ¿Cómo consideras o calificarías la educación que te brindaron?
37. ¿Cómo te llevas con cada uno de los integrantes de tu familia?
38. ¿Con quien tienes más disgustos?
39. ¿A quién reconoces como la persona más fuerte de tu familia?
40. ¿Quién consideras que necesita más apoyo de tu familia?
41. ¿Quiénes se llevan mejor?
42. ¿Hay alguien que esté distanciado? ¿Porqué?
43. ¿Cómo lo describirías?
44. ¿Mantienen comunicación con alguien? ¿Con quién?
45. ¿Quién de tu familia padece depresión?
46. ¿Quién / desde cuando / y como se la trata si es que lo hace / le funciona?
47. ¿Porqué crees que le haya dado depresión?
48. ¿A quién se acerca cuando se siente deprimido?
49. ¿De quién recibe apoyo?

50. ¿Qué ha hecho la familia ante su padecimiento? (le han brindado apoyo, rechazado, criticado, etc.)
51. ¿Cómo crees que se debe actuar con una persona deprimida? (es decir, cómo debe ser tratada)
52. ¿A quién crees que te pareces y por qué? (no en el aspecto físico)
53. ¿Cuáles son los recuerdos más significativos de tu vida familiar?
54. ¿Qué lugar sientes que ocupas dentro de tu familia? (enérgico, débil, etc.)
55. ¿Qué expectativas tiene o tenía tu familia de ti?
56. ¿Qué es lo que más te gusta de tu familia? ¿por qué?
57. ¿Qué es lo que más te disgusta de tu familia? ¿por qué?
58. Si pudieras cambiar algo de tu familia ¿qué cambiarías y por qué?
59. ¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes en tu familia?
60. ¿Cuáles han sido los momentos más difíciles de tu vida?
61. ¿Cuáles son los momentos más felices de tu vida?

ANEXO 3 ENTREVISTA

Entrevistadora: Evelyn González Garcilazo.

Fecha de la entrevista: Mayo de 2003.

Datos generales.

Mi nombre es Vanesa, tengo 24 años, estoy casada desde hace 7 años 8 meses, vivo con mi esposo y mi hija, ella se llama Vane, tiene 7 años y va en primero de primaria; mi esposo se llama David, va a cumplir 35 años, tiene el bachillerato terminado y se dedica a trabajar en el café de su papá y a veces, en ratitos en el taxi. Estoy estudiando la licenciatura en educación preescolar, mido 1. 60 y peso 53 kilos con 500 gramos, quiero bajar de peso, porque me siento gorda aún. Quisiera pesar 52 o sea 1 kilo y medio menos, con eso ya me doy por bien servida, ya bajé 3 kilos en 3 meses y medio. Mi tipo de sangre es O positivo. Me digo católica, pero así practicar alguna religión no, tengo un concepto distinto de Dios al que tiene los católicos en general, definitivamente creo en que existe dios pero yo no creo en el dios tan duro, en el dios tan estricto que te pintan en la religión católica, yo creo en un dios distinto, en un dios que no se molesta contigo, simplemente permite que las energías que él ha construido fluyan en ti y lleguen hacia ti o se vayan de ti de acuerdo a lo que tu haces, creo que él te da el poder de decidir y dentro de nuestra concepción humana creo que nos da el chance de entender algunas cosas y otras no, entonces algunas cosas soy capaz de entenderlas y otras no y las justifico porque siento que son simple y sencillamente movimientos de la energía que tiene la vida. ¿Porqué te dices católica? Pues porque nací en una familia católica, ¿quién te inculcó esa religión?, Mas que nadie mi mamá, porque pues mi mama era la que me decía que fuera a misa, me decía que si te portabas bien papá diosito te iba a dar un premio, si te portabas mal papá diosito te iba a mandar un castigo, o el clásico: “Ya ves, eso te lo mando papá diosito porque no hiciste tal cosa”. Mis papás son muy allegados a lo que es la religión católica con respecto a los mandamientos y los pecados capitales, originales y no sé qué tanto, la verdad ni me los sé, pero principalmente por eso me digo católica, porque pues cuando llega a haber alguna celebración católica como es una misa pues ahí estoy, también soy capaz de alzar una oración como dentro de la religión católica me las han enseñado. Tiene como 3 o 4 años que empecé a cambiar mi forma de pensar con respecto la a religión, a partir de que tomé un curso de metafísica, no a cambiar radicalmente, pero sí he modificado muchas de mis creencias.

Vivienda.

En esta casa llevo viviendo 8 meses, antes vivía en San Juan de Aragón, a dos calles de la casa de mis papás, antes de eso vivía en la casa de mis papás y antes vivíamos en la casa de los papás de David. En la primera que viví yo jamás me sentí a gusto, jamás, era una casa muy grande, muy bonita, estaba bien ubicada y demás, ahí fue donde viví mis primeras experiencias con respecto a lo que ha sido mi matrimonio, a lo que ha sido mi maternidad y de más, entonces en esa casa yo me sentía como fiero, a pesar de que pues te digo estaba tan bonita y todo yo me sentía como fiero, no me gustaba estar ahí, la casa en sí, si hubiera tenido rueditas yo me la hubiera llevado para cualquier otra parte, tampoco me gustaba porque, pues estábamos de alguna manera muy cerca de los papás

de Daniel, entonces quieras que no, pues te están echando el ojo, y están viendo qué haces, qué no haces y pues son unas personas muy difíciles con las cuales tratar y yo tenía muchos problemas con David precisamente por eso, porque a él lo poníamos entre la espada y la pared, entre su familia y yo; ahí viví casi 4 años. Después, cuando yo decidí salirme de ahí estuve viviendo cuestión de un mes en casa de una de mis hermanas que se llama Lola, porque fue cuando comencé precisamente con la depresión tan fuerte, mis sobrinas, mi hermana y mi cuñado me hicieron el favor de echarme la gran mano y después decidí que ya no iba a regresar a la casa donde vivía, porque yo sentía que si regresaba a esa casa yo me iba a seguir sintiendo mal, entonces me fui a casa de mis papás, en casa de mis papás fue cuando comencé mi tratamiento psiquiátrico y ahí me sentía muy a gusto, comencé a sentirme mejor, comencé a llevar mi vida ya mas organizada de alguna manera y me sentía yo como muy libre de la opresión que traía de la casa anterior, después, ahí fue cuando empecé a estudiar, cuando hice mi carrera de computación, fue cuando estuve ahí con mis papás, pero después surgió un problema muy parecido como cuando vivíamos en la casa de los papás de David, o sea, jamás te vas a sentir del todo a gusto cuando estas dentro de una familia que no es precisamente la tuya, la familia que estas comenzando a conformar, puede que yo me sintiera más a gusto, pero pues David empezó a mostrar su descontento, empezamos a tener problemas muy similares a los que teníamos cuando vivíamos en su casa, cuando estuvimos ahí, pues yo de alguna manera sentía el respaldo de mis papás, sentía el respaldo de mi familia, el hecho de haber regresado a la misma recámara de cuando yo era soltera me dio oportunidad de darme cuenta de muchas cosas, de conciliarme con muchas cosas, pero pues la otra parte de mi vida, que era mi pareja, pues yo me daba cuenta que estaba mal, sin embargo en ese momento todavía no era yo capaz de decir: “algo está pasando”, simplemente David y yo peleábamos mucho, y un buen día decidimos cada quien estar por su lado, le dije: Sabes que, yo no voy a tolerar esta situación, eres un jetón, eres un esto, tú eres un aquello y pues cada quien por su lado. Mientras yo viví ese año con mi mamá, estuvimos separados como 3 meses o sea 3 meses en los que él no vivió con nosotros, sí nos veíamos, de hecho creo nos llevábamos mejor que si estuviéramos juntos, él iba por Vane, porque te digo que era cuando yo iba a la escuela de computación, entonces a mi no me gustaba dejar a mi mamá con Vane ni a Vane le gustaba quedarse con mi mamá, entonces David a la hora que yo sabía que me tenía que ir, iba por ella, cuando sabía que yo regresaba me la iba a dejar y ya se venía a quedar acá él al café, y pues realmente te digo nos llevábamos mejor que cuando estábamos ahí juntos. Después pues surgieron determinados problemas con mis papás, bien dice el dicho que el muerto y el arrimado a los 3 días apestan, entonces entre que ya empezaba mi mamá a decir: ay es que Vanesa no hace esto, es que Vanesa hace el otro, es que Vanesa se sale, es que Vanesa no me dice, es que, o sea muchas cosas, también en cuestión de mi papá que decía que, en cuestión económica, que dábamos de menos o que no dábamos para esto, o sea comentarios, yo decidí que pues tenía que comenzar a hacer mi vida fuera de la casa de mis papás, entonces se lo planteé a David y me dijo: bueno adelante vamos a buscar un departamento en el que la niña y tu se vayan a vivir, un departamento que este aquí cerca, porque de hecho yo quería estar aun cerca, entonces estuvimos buscando y creo que al cuarto o quinto día de estar buscando departamentos por ahí cerca encontramos en el que vivíamos. Lo comenzamos a rentar, yo lo pinté, yo le puse cortinas, yo lo arregle pues, en pocas palabras, lo que tenía yo de muebles en la casa de la providencia lo pase hacia la otra casa o sea todo lo hice yo, todo fue cuestión mía. El día que ya me iba yo a mi nueva casa Vane se puso muy sentimental, mi mamá también, así como si fuera una... bueno en realidad fue una despedida, íbamos a estar a unos cuantos pasos

pero pues no iba a ser lo mismo obviamente, entonces ese día David nos acompañó y Vane le pidió que se quedara y se quedó, esa noche me acuerdo muy bien que después que se durmió Vane estuvimos platicando hasta la madrugada, nos estuvimos planteando de alguna manera las cosas que le parecían, las que no le parecían, igual a mí, y pues llegamos a la conclusión de que lo que nos estaba afectando era que estábamos viviendo demasiado cerca de la familia, entonces a partir de ese día ya se quedó ahora si que entre paréntesis hicimos las pases porque en realidad molestos nunca terminamos, hicimos las pases y comenzamos otra vez, después de esos 3 meses y medio o 4 a vivir juntos y pues de ahí para arriba, nos dimos cuenta que eso era lo que necesitábamos. Después vinieron los reproches de mi mamá, imagínate, antes, cuando vivía en la Provi, de una semana, 3 o 4 días estaba yo ahí en la casa de mis papás y después cuando ya vivía yo a unos pasos de ellos, ya casi no iba, entonces era, o sea el contexto de la casa me gustaba mucho, entraba mucha luz, entraba mucho sol, si a eso le añadas que estaba yo por terminar la carrera de administración en computadoras y que mi relación con David iba en ascenso, pues yo me sentía muy a gusto, fui muy feliz ahí. Después la renta nos empezó a matar, estuvimos ahí 2 años y me dijo David: siento que estamos en un bache, que no estamos progresando, que no nos podemos comprar nada, y me comentó que había manera de que nos dieran un departamento de interés social, cuando a mí me lo dijo no me agrado mucho la idea porque yo ahí me sentía muy a gusto, yo sentía, yo tenía la creencia de que si yo me cambiaba de casa me iba a volver a entristecer, me iba a volver a sentir mal, me iba a volver a sentir sola y de más, y pensaba: y si estoy lejos de mi mamá hacia donde voy a correr, a quien le voy a hablar, entonces no me agradaba la idea, hasta que un día David me dijo: necesito que tomes una decisión rápido. Cuando venimos a ver el departamento, no fue éste si no el de acá junto, ay yo lo vi y me sentí así como que: ay no, yo no quiero vivir aquí, me sentí mal, no me agradó la idea, y como un mes después me dijo David: se va a hacer lo del departamento o no, necesito que me digas, y le dije que si, pero aun tenía yo temor, ya después de ese momento cuando empezamos a ver pisos, azulejos y demás ya me empezó a entusiasmar un poco la idea. Aún el día que nos cambiamos de allá de San Juan fue para mí difícil, ver cuando estaban sacando mis muebles y todas mis cosas, fue muy difícil y cuando llegué aquí, como 2 semanas después yo me sentía desconcertada, llegó en determinado momento el miedo de volverme a sentir mal, de volver a tener una crisis depresiva y le dije a David: ¿sabes qué? Le voy a hablar al doctor Falcón, entonces le hablé y me aumento un poquito mas de medicamento, un cuarto mas de lo que yo tomo, de lo que tomaba en ese entonces, hace 8 meses, durante 15 días y él me explicó que la bioquímica del organismo cuando te cambias de residencia dentro de tu misma ciudad tarda entre 3 y 6 meses para que se acople y cuando es fuera de la ciudad es entre 6 meses y un año, cuando es fuera de un país es entre uno y 3 años, entonces, pues de alguna manera dije bueno pues esto es normal, o sea yo allá sabía donde estaban las tiendas, las tortillas, a dónde salir a comprar cualquier cosa, dónde estaba la papelería, la farmacia y aquí yo me sentía muy desubicada los primeros días, eso me duró cuestión de mes y medio, inclusive para el micro y todo, para moverme hacia la escuela me sentía yo rarita. Pasó eso y a partir de esos dos meses mas o menos ya estoy tranquila, estoy a gusto, me gusta mucho el lugar, me gusta salir, ya estoy acoplada al rumbo.

Estructura y dinámica familiar

Mi mamá tiene 66 años y mi papá 68, siempre han vivido juntos, tengo 8 hermanos: el mayor se llama Mariano y tiene 46 años, él es ingeniero industrial, pero se dedica a dar

clases en una universidad particular, es profesor de cálculo diferencial e integral. El que sigue es médico, se llama Eduardo, tiene 45 años, es médico cirujano y es ginecólogo, trabaja todo el día, siempre esta de mal humor, toda la vida. Mi hermana Susana tiene 44 años, ahorita es ama de casa, trabajó durante 10 años en Liverpool, ella no quiso estudiar, me parece que entro a la secundaria pero se salió. Luego sigue Lola que es también ama de casa, ella tiene 43 años, fue la primera que se casó de los 9. Mi hermano Armando que casi nunca vemos, él maestro de educación primaria, debe tener 42 años. Sigue Maritza, que por cierto estaba muy triste porque el día 11 cumplió 40 años y le entro una crisis de tristeza y llore y llore, ella es maestra de educación primaria y ahorita está en la oficina de proyectos de la SEP, ya no esta impartiendo clases. Luego sigue Mauricio, que es el consentido de mis hermanos porque es bien lindo, es un amor, ha cambiado como no tienes una idea, antes era una persona muy fea, muy déspota, muy grosero, mal hablado y no le importaban los demás y ahora es totalmente lo contrario, debe de tener como 37 años; él dejó trunca su carrera de ingeniero civil y da clases en una escuela secundaria. Después sigue Ana que tiene 34 años, trabaja en el IMSS desde hace 12 años y de las mujeres es con la que mejor me llevo. Y ya después sigo yo, soy la novena, ya todos estamos casados. Nuestra buena relación comenzó como 1 año antes de que yo me casara, porque antes, pues como yo fui la que vino a derrocarlo el puesto de la mas chica me odiaba, me detestaba, pero ahora ya nos tenemos mucha confianza, somos las que estamos siempre al pendiente la una de la otra. Con los 3 hombres mayores son con quienes no llevo una buena relación, con Mariano, con Eduardo, a él casi nunca lo veo y cuando lo llevo a ver, es poca la conversación que hay entre los dos y con Armando, pues porque no convive con nosotros como familia y en realidad yo no tengo mucho acercamiento con él como lo tiene algunas otras de mis hermanas, porque a mi me cae gorda su mujer, entonces pues para no tener algún tipo de roce con él prefiero evitarlo, sabemos que estamos bien el uno y el otro por medio de los demás hermanos que si están en contacto con él. Antes de que me casara, con Mariano siempre había tenido una buena relación, pero a partir de que supo que me iba a casar o que estaba embarazada, las cosas cambiaron radicalmente entre el y yo. Tenia hasta hace un tiempesito un resentimiento muy grande con él, pero creo que de ese resentimiento ya estoy liberada, durante muchos años estuvo ante mí ese resentimiento hacia él porque yo me sentí como echa a un lado, porque siempre, desde que fui pequeña, él estaba al pendiente de mí, tanto en cuestión económica como emocional y a partir de que el supo que me iba a casar todo cambió, de hecho, durante mucho tiempo él me dejó de hablar y en dos o tres ocasiones expresaba su sentimientos a partir de determinadas frases, yo sí sentía muy feo porque decía: bueno, si has estado conmigo durante los 17 años anteriores, porque a partir de ésta edad, de esta etapa en mi vida ya no puedes estar; era algo que me dolía, que me lastimaba y hace poquito tuve oportunidad de sacarlo. Yo creo que siempre, desde que nací, he ocupado el lugar de la consentida, de la chiquita a la que todo el mundo quiere proteger y a partir, o sea, es que te puedo dividir las cosas en dos: antes de y después de casarme, antes de casarme siempre ocupé ese lugar, siempre ocupe el lugar de la pequeña, el de la consentida, en la que todo el mundo tenía la mira, en la que todo el mundo tenía determinadas expectativas. Después de que me casé, siento que ocupé el lugar de la más tonta de todas, o sea, la más tonta de los 9, porque bien que mal la primera que se casó, que fue Lola, pues ya tenía 19 años, o sea, 2 mas que yo, toda una vida mas recorrida que yo, entonces ese detalle de haberme casado a los 17 años, todos me hicieron sentir como la mas tontita, la: ay pobrecita, la ay como sufre, ay cómo va a sufrir, todo lo que va a padecer, o sea la compasión antes que todo.

¿Cuales son las expectativas que tenía cada uno de ti? Empezando por los principales mi mamá y mi papá, mi mamá, yo creo que sus expectativas hacia mí eran que terminara una carrera a tiempo, una carrera muy bien remunerada económicamente, que me dedicara mucho a ella, o sea, gran parte de mi vida que la dedicara a ella y que en determinado momento que decidiera hacer mi vida, casi como la mayoría de las mamás, que un príncipe azul llegara, guapo, con dinero, preparado, pero que de todos modos yo no le quitara la atención de encima jamás. De mi papá igual, que tuviera una carrera, la terminara a tiempo, porque siempre lo he pensado así, perdí o me distraje en determinados momentos de lo que eran mis sueños como mujer, como profesionalista, me enfoque hacia otras situaciones que en ese momento eran prioritarias, pero por eso menciono mucho: a tiempo, porque era la expectativa de terminarla a tiempo, igual que hubiera escogido una carrera muy remunerada económicamente y que fuera muy dedicada a lo que es mi casa, a lo que es el contexto familiar, porque no le agradaba mucho la idea de que tuviera novios o de que algún día me casara. De Mariano, igual, yo creo que ese es un factor común en todos, que terminara una carrera a tiempo, lo que podría diferir en cuestión de Mariano, yo creo que esperaba que me casara con alguien de dinero, que fuera muy inteligente, muy intelectual. De Susana esperaba, en determinado momento lo mismo que los demás, y que ella quería que yo después de estar embarazada, después de haberme casado, que me encasillara en lo que estaba, a ser mamá, a realizar las labores de mi casa y ya lo demás es extra, si se puede bien y bueno y si no ni modo. De Lola, una cosa que yo siempre he sentido es que siempre me pone de comparación a la mayor de sus hijas en cuestión de diversión, la siento como señalándome y diciéndome: es que tu no te diviertes igual que mi hija, o sea tu no puedes divertirte de la misma manera, tu no te puedes levantar a la misma hora que mi hija o tu no puedes hacer x cosas que hace mi hija por el hecho de ser soltera. De Maritza yo creo que su más grande expectativa después de que me casé y cuando supo que retome mis que estudios, fue que yo hiciera mi licenciatura en la UPN que es en donde ella esta estudiando, yo no lo hice así por cuestiones mas que nada de tiempo, porque yo no quería cuidar la parte de estudiar y descuidar por completo a mi hija, o sea, el tiempo ahí me mataba, yo no tenia un horario para la UPN, definitivamente a mi no se me acomodaba el horario. De Mauricio pues en realidad no considero que haya tenido expectativas con respecto a mí y por lo mismo ha sido muy respetuoso con mi vida, en cualquier situación él me ha apoyado, cuando supo que me iba a casar, que estaba embarazada, cuando sabe que Vane está enferma, o sea, en cualquier momento, en cualquier lugar, en cualquier ocasión, yo se que él está ahí, entonces desde mi punto de vista es porque no tiene expectativas hacia mí, sino simple y sencillamente me permite que viva mi vida y no porque yo la viva de manera distinta a la que él la viva, voy a dejar de ser su hermana, o lo voy a decepcionar o algo así. De Ana también su expectativa principal era mi diversión, mi libertad, en cuestión de parrandear, en cuestión de desveladas, de amigos, de novios, de flojeritis, de levantarme a la hora que quisiera y nada más.

De tu familia ¿A quien reconoces como la persona mas fuerte? De Carácter a Eduardo, porque en los momentos en los que se han presentado situaciones que muchos no sabemos que hacer, él es el que pone en su lugar a cada quien y dice: Tú vas a hacer esto y tu vas a hacer esto y tu esto y todo se cumple y afortunadamente todo sale bien, han sido ocasiones contadas, pero yo siento que él tiene un carácter muy fuerte, muy determinante, muy de líder, muy de jefe. ¿Quién sería la persona que necesita más apoyo?. Yo creo que las que necesitan más apoyo en este momento son mi mamá y Ana. Mi mamá porque bueno, trae un historial muy triste, muy largo, sus papás se separaron cuando ella tenia 11 años, pero 2 años antes a ella le toco vivir golpes,

insultos, maltratos de todo tipo, tanto entre sus padres, como hacia ella y hacia sus demás hermanos, entonces es un historial que pues desgraciadamente en ese tiempo no se tomaba en cuenta, nadie la tomó en cuenta y mi mamá lo viene cargando desde que tenía 9 años, entonces mi mamá a sus sesenta y tanto años sigue siendo la niña de 9, de 10, de 11 años, la misma niña lastimada, la misma niña que necesita el cariño de muchas personas y que durante mucho tiempo, tal vez por la vida que escogió vivir, que fue una vida con un alcohólico, la vida llena de hijos, se tuvo que hacer la dura, la fuerte, pero en este momento yo siento que mi mamá ya está abatida, derrotada, ya está derrumbada, ya está saliendo aquella pequeña que esta tan dolida, tan lastimada. De Ana, ahorita yo siento que necesita un apoyo muy grande porque esta pasando por un proceso de divorcio, y a pesar de que también la considero que tiene un carácter fuerte, yo creo que esa situación a cualquiera le pega, entonces, ella la está teniendo que hacer de mamá y de papá y no ha podido superar determinadas situaciones que no vienen desde hace un año que se separó de su esposo, sino que vienen desde hace unos 11 o 12 años más o menos, que fue cuando conoció a Gonzalo, entonces se ha ido haciendo como un revoltijo en toda esa relación que a ella la ha ido desgastando y pues para cerrar con broche de oro viene un divorcio, tiene un hijo y de pronto la tiene que hacer de dos figuras, las dos figuras mas importantes en la vida y pues se saca fácilmente de onda, mas sin embargo, a diferencia de mi mamá, yo siento que ella a partir de esto, pues va a agarrar muchas fuerzas, le va a dejar muchas experiencias de vida y va a salir adelante, cosa que con mi mamá no siento, siento que mi mama al contrario, cada vez va más para abajo, porque ya lleva un historial relativamente completo, ya creció, físicamente ya creció, ya se casó, tuvo sus hijos, ya todos están casados y siento que no tiene una razón ya de existir.

¿A quien crees que te pareces más, o con quien te identificas más? Yo creo que con Mauricio, porque a mí me gusta ser respetuosa como lo es él, me gusta ser respetuosa con la vida de los demás, y me gusta brindarle el apoyo a cualquiera de mis hermanos que así lo necesite y he comprobado que así es mucho Mauricio y que a parte de la riqueza mental y material que puedas tener, yo creo que existe una riqueza espiritual y en eso el y yo coincidimos mucho, en que pues dios es muy grande y las cosas tarde o temprano se tiene que solucionar.

Los recuerdos más significativos que tengo de mi familia son: los días de reyes, mis cumpleaños y cuando estaba mi mamá enferma. Cuando mi mamá se iba, se reunían creo que cada 15 días con unos de mis tíos y cuando mi mamá se iba yo me sentía súper triste, súper mal, yo tenía 4 o 5 años mas o menos. ¿Lo que más me gusta de mi familia? Déjame pensar, ¡jole, te podría decir que lo que más me gusta es que somos unidos pero no, no hay unión tal, pues no sé. Lo que más me disgusta es que las cosas se dicen de uno a otro y se va haciendo así como teléfono descompuesto y cuando llega a oídos de determinada persona ya esta totalmente al revez, totalmente dicho como no era y por lo mismo, a mí me gusta ser bien honesta con cada uno de mis hermanos, decirles que me pareció y que no, cuáles son las actitudes que me gusta que tomen conmigo y cuales no. Si pudiera cambiar algo, cambiaría el poco respeto que hay entre la vida de unos y otros; cambiaría un poquito más la unión, porque físicamente nos reunimos seguido, pero emocionalmente, creo que estamos totalmente separados, si no todos, la mayoría, y cambiaría un poquito más la actitud de mis papas hacia con sus hijas las mujeres en especial, y todavía mas específicamente con Ana, con Susana y conmigo, mi papá es muy jetón y de pronto indiferente, eso nos hace sentir mal a nosotras, de alguna manera es comprensible, porque somos las que estamos ahí cada 8 días y cuando van las demás es distinto porque yo creo que las extraña, tenia ganas de verlas o no se si ellas tengan un poco mas de facilidad de acercarse a él. ¿Quién se encargo de educarte y de criarte?

Mi mamá y mi hermana Susana, en realidad no me acuerdo de las cosas que mi hermana Susana me platica porque yo era un bebé, cuando yo estaba pequeñita coincidió con que mi mamá tendiendo se cayó y se fracturo el brazo, entonces mi hermana Susana siempre tuvo preferencia por mí y ella fue la que me cambiaba, me bañaba, me peinaba, la que me sacaba a dar la vuelta, me daba de comer, eso era cuando mi mamá estaba mal de su brazo, cuando lo tenia enyesado y eso se prolongo aun cuando mi mama ya no tenia el brazo mal; no la dejaban salir con su novio si no me llevaba, a todas partes iba con ella. Desde que yo nací me acaparó, siempre nos unió un lazo emocional muy fuerte. ¿Qué opinión tienes acerca de la forma en la que te educaron? Yo creo que fui educada para ganar, para siempre sobresalir, para jamás quedarme callada ante nada ni ante nadie, o sea siempre el: tú puedes, tu puedes, tu puedes y mi mamá hasta le fecha me lo dice y es como un lema que tengo: yo no vine a ver si puedo, sino porque puedo vengo, siempre me lo dijo mi mamá y hasta le fecha lo sigo diciendo. ¿De qué manera te han impactado las expectativas que cada uno de tus hermanos y tus papás han depositado en ti? Ay pues han sido muy fuertes, la verdad es que muchas han sido un lastre muy grande, y a veces han sido un salvavidas, algo que me saca a flote, la mayoría de las expectativas del tú puedes, tú estas apta, tu puedes dar el mil por ciento en muchas ocasiones me duele y digo ya, o sea basta, estoy a punto de tirar la tolla y déjenme en paz, déjenme vivir mi vida, si quiero ser una simple ama de casa voy a serlo y en otras ocasiones ya cuando estoy mas tranquila digo no, o sea, independientemente de su expectativas tengo las propias y siempre he tenido las propias, entonces digo bueno, pues es que sí puedo, si puedo si puedo y si puedo, y a partir de esas expectativas tanto de ellos como las mías me he podido dar cuenta de todo lo que puedo alcanzar, pero también de todas mis limitaciones, porque como ser humano tengo limitaciones o sea no soy la chica súper poderosa; pero si han sido un gran impulso en determinados momentos y un gran sostén.

Padecimiento.

Yo me sentía intranquila desde que yo era niña y era una intranquilidad porque no era tristeza, o sea, yo lo pienso ahorita y no era tristeza, era una intranquilidad, era un miedo a que a mi mama le pasara algo, yo siempre estaba al pendiente de la salud de mi mamá, porque mi mamá pues siempre fue enfermiza, siempre se quejó de miles de cosas, entonces te juro que yo abría los ojos y lo primero que decía era: mamita cómo estas, era lo primeo, a mí me daba muchísimo miedo, me aterraba que mi mamá se muriera, me daba muchísimo miedo que mi mamá atravesara una avenida y por eso mismo desde que yo me acuerdo siempre viví con esa intranquilidad, por eso te comento que sucesos importantes en mi vida familiar era que mi mamá se fuera, porque mi mamá se iba y yo me sentía intranquila, sentía luego luego el hueco en el estomago a pesar de ser una niña tan pequeña. A parte de que se enfermaba muy seguido si no se enfermaba se inventaba algo, sus platicas siempre eran de enfermedades, entonces pues yo crecí con esa angustia. Vivían Maritza, Mauricio y Ana; pero ellos de alguna manera estaban como desafanados, porque ellos mismos me lo comentan, cosas que para mí fueron muy importantes ellos ni siquiera se acuerdan. Durante mucho tiempo yo recuerdo ver la mesa, o sea, me viene la imagen de la mesa nadamás con mi mamá, mi papá y yo, y entonces ellos como que andaban en otro rollo y yo siempre fui mas apegada a mi mamá, siempre estaba mas al pendiente de ella; mi papá trabajaba todo el día y mis hermanos pues iban a la escuela o a trabajar, pasábamos mucho tiempo mi mamá y yo solas, en realidad la que se hacia cargo de mi mamá era yo. Yo aprendí a cocinar teniendo 8 o 9 años, al pendiente del horario con la medicina mi mama, estuvo enferma

de los riñones, de la vesícula del hígado, la operaron de emergencia y principalmente estaba enferma siempre de nervios, yo me acuerdo que ese termino era el que utilizaba, que estaba enferma de nervios, que le había dado una crisis nerviosa, en realidad yo no sabía, pero yo recuerdo a mi mama muchas veces llorando, muchas veces triste, en una ocasión yo recuerdo, mucho me acuerdo de esa ocasión ver como mi mama se desmayo, estaba llorando tanto y estaba tan angustiada, tan desesperada, estaba con mi tía Yaki que es su hermana y su esposo, estaban ellos dos y recuerdo estar escuchando que mi tío le decía ya cuñada tranquilícese y mi tía no manita es que debes de ser fuerte y demás y mi mama llore y llore y desesperada y estaban sentados ahí en la casa de mis papás en la banca y recuerdo haber visto como mi mama se desmayo y mi tío le echaba aire y te juro que yo en ese momento creí que mi mama ya se había muerto. Cuando yo le hablaba a mi mama que estaba dormida y le hablaba y ponle tu que decía dos veces el mamá y movía a mi mamá y no despertaba o no se movía, yo creía que mi mama estaba muerta y me entraba un terror grandísimo, cuando yo estaba pequeña tenia cuestión de 3, 4 años, estaba la cama de mis papás y mi cama en el mismo cuarto, entonces mi mamá tenia que darme la mano para que yo pudiera quedarme dormida, entonces pues en la noche le vencía el sueño, nos dormíamos pero cuando yo reaccionaba en la noche y no sentía la mano de mi mama yo sentía que mi mama ya estaba muerta, o sea era una angustia siempre siempre fue una angustia tremenda. En una ocasión se puso muy mal no recuerdo de que fue, no había quien la inyectara y me dijo a mí: pues sabes qué vas a tener que aprender a inyectarme, en ese momento pues a mí me dio gusto porque yo dije ay qué padre voy a aprender a inyectar, pero jamás me imagine el impacto que iba a tener en mí el hecho de aprender a inyectar y a aprender a inyectar a mi mama. Estaba al pendiente de cómo te sientes mamá, qué necesitas, tienes calor, ya tienes cansados tus pies, te paso tu abanico para que te soples o tienes hambre, o sea siempre era estar casi casi intentando leer sus pensamientos para que mi mama no padeciera. Los domingos en la noche me entraba una angustia y sabes que? me daban muchas ganas de enfermarme. Fíjate estando tan pequeña, iba yo en kinder, te estoy hablando entre los 4 y los 6 años, decía cómo no me enfermo, como no me duele la cabeza, como no me duele la garganta para no ir mañana a la escuela y poderme quedar a cuidar a mi mama, entonces el domingo en la noche era el día mas triste para mi. Yo no le manifestaba mi angustia como tal no sé la sabia manifestar así como tal mamá es que yo estoy preocupada porque tú estas enferma o nunca se lo pude manifestar de esa manera, yo creo que mis manifestaciones debieron de haber sido otras, cuales? No sé, porque desde que tenía como 9 años más o menos comencé con tratamiento psiquiátrico por enuresis, entonces mi mama ya estaba en tratamiento psiquiátrico y con ese mismo psiquiatra me llevaron, pero ese psiquiatra te cobraba carísimo y te atendía poco tiempo, para mi no era bueno, era el mismo psiquiatra que a mi mamá veía, y después de 1 o 2 entrevistas o preguntas que me hizo porque niquiera eran entrevistas completas, llegó a la determinación de que yo tenia enuresis porque sentía a mi papá como rival, ese fue su diagnostico y con ese fue con el que yo me quede, con el que a mi me dejaron todo el tiempo, entonces no hubo mas, me dieron tratamiento durante unos 6 meses mas o menos, tomaba metriptilina que es un antidepresivo y tomaba meyeril que es un ansiolítico, pero los domingos que era cuando yo me sentía mas angustiada, agarraba el frasco de meyeril que yo sabia que era un medicamento para que yo estuviera más tranquila, porque así me lo hicieron ver, agarraba yo el frasco de meyeril y me lo empinaba, como si me estuviera tomando un chamoy o algo así, entonces pues gracias a dios en ninguna de las ocasiones paso nada, ni me quede dormida de mas, ni dormí de menos ni nada por el estilo, qué me incitaba a hacerlo? enfermarme, yo me quería enfermar, o sea yo me

quería sentir mal para al otro día no ir a la escuela, para poderme quedar con mi mamá, entonces, eso era.

Que yo me acuerde el medicamento psiquiátrico no me ayudó en nada, a excepción de controlar la enuresis no me ayudo en gran cosa. Me llevó mi mamá al Hospital Infantil para que me dieran tratamiento psicológico, pero yo recuerdo que mis citas con la psicóloga, siempre llegaba tarde la psicóloga y digo siempre, que fueron 4 o 5 ocasiones, una vez por semana y lo único que me hacía era ponerme a dibujar, o sea, no platicaba conmigo ni nada, me daba unas hojas y me decía haz el dibujo que tu quieras, jamás supe cual fue el Dx tal de la psicóloga.

¿Esa angustia tú la podías identificar en alguna parte de tu cuerpo? Sí en el estómago, siento como un hueco, después en las piernas como si mis piernas estuvieran muy calientes y en los trapecios como que se me quedaban sin fuerza, esos eran los principales síntomas de mi angustia. Nunca le dije a nadie, yo creo que no tenía los recursos intelectuales suficientes como para poderse lo expresar a nadie. La angustia yo la sentía desde que tengo uso de razón hasta el cuarto grado de primaria, que debí haber tenido 9 años mas o menos, ahí, pues empecé a tener mas amigas, empecé a salir, a convivir a apartarme un poquito, pero continuaba, en una escala del uno al 10 que antes era hasta el 10, te puedo decir que disminuyó al 6; yo sentí que esa angustia se calmó de alguna manera cuando yo entré a la secundaria, o sea esos 3 años de secundaria han sido los más felices de mi vida porque fue una etapa muy bonita, fue la etapa en la que empecé a sentir menos angustia. Volví a sentir la angustia cuando terminé con un novio al que quise mucho que se llama Jacinto, después de que terminé con él, yo comencé a sentir síntomas, que yo no sabía que eran síntomas de depresión, cuando yo fui la primera vez a un psiquiatra, a mí me pregunta el psiquiatra, ¿alguna vez has escuchado o has oído algo que no haya escuchado ni oído alguien mas?, En ese momento, o sea cuando yo me empecé a tratar psiquiátricamente no me pasaron ninguna de esas dos cosas, pero en una ocasión estaba yo sentada en el sillón de la casa de mis papás, que en ese entonces era mi casa y estaba yo viendo hacia fuera y te juro que sentí como que hubiese pasado él y su olor me llegó, inclusive yo sin saber qué es lo que estaba pasando dije es que yo me estoy volviendo loca, ya hasta lo estoy oliendo sin que él esté aquí y a partir de ese momento fue cuando yo volví a sentir esa angustia, pero no le hice mucho caso, o sea otra vez no le hice mucho caso, obviamente pues, el recurso de mi mamá fue decirme: se te va a pasar, vas a conocer a alguien mas, tienes todavía muchas cosas que hacer en la vida y pues así fue de alguna manera. Cuando iba yo en el CCH, quise tapar mi angustia, quise tapar mi ansiedad, quise tapar mi tristeza diciendo: a mí nadie me lastima, yo soy aquella, la que puede tener 25 mil novios y con nadie se clava, nada me duele y de más, cuando pues ya muchos años después me doy cuenta que no era así, porque fue algo que no superé, esa situación con José Luis yo no la superé hasta que hace unos años tuve la oportunidad de volverlo a ver, como que de dejar en paz muchas cosas, de dejar muchas cosas tranquilas, y de darme cuenta que ya había a travesado determinaos planos, pero que sí necesitaba yo conciliar esa parte, y pues básicamente fue ahí cuando comencé a sentir después toda esa desesperación, toda esa tristeza, toda esa angustia, todos los síntomas que trae la depresión. Ya después de eso se me pasó o lo pude ocultar o lo quise ocultar, no sé si voluntaria o involuntariamente. ¿Cuáles son esos síntomas a los que te refieres? En el estómago se siente algo muy feo, se siente un hueco, tienes una sensación de temblor en todo el cuerpo, tienes la sensación de que como si estuvieras encerrado en el lugar en el que estás, no te hayas en ninguna posición, no quieres hablar con nadie, únicamente quería dormir y no tienes ganas, o sea, todo lo que cuando no la tienes o cuando esta controlada te causa placer, cuando tienes depresión no lo disfrutas, o sea, salir, ver la tele, ir a alguna parte,

escuchar música, a todas esas cosas no les hayas chiste, no le hayas chiste a nada. Dentro de los síntomas físicos es el temblor, es el malestar en el estómago, es una sensación de que te falta el aire, una sensación como de que todo te empieza a dar vueltas y muchas ganas de llorar, o sea, una tristeza que no sabes describir porque, simple y sencillamente te dan ganas de llorar y llorar y llorar, nadamos.

Mi depresión estuvo calmada esos tres años de secundaria, volvió a salir cuando termine con Jacinto, que bueno, los 3 años de secundaria fueron los 3 años en los que yo anduve con él y volvió a salir el día que yo cumplí 19 años, precisamente el día de mi cumpleaños fue el día en el que yo empecé a sentir todos esos síntomas, porque en sí la tristeza que estaba aun dentro de mi control comenzó a estar desde que yo supe que estaba embarazada, entonces, pues es la tristeza con la que lloras y te desahogas, con la que al menos yo pongo música a todo lo que da y me desahogo, o que platicas con alguien y te dice alguna frase de aliento y se te pasa, se te consuela de alguna manera, pero síntomas ya que estaban fuera de mi control fue a partir de que cumplí 19 años y yo lo recuerdo muy bien porque a mí el día de mi cumpleaños me gusta mucho, o sea, independientemente de lo que haga, de lo que deje de hacer, el día de mi cumpleaños me gusta mucho, entonces es una de las cosas que me han explicado los 2 psiquiatras que he visto, que el organismo cuando empieza a relajarse es cuando entonces la hipófisis que es en este caso lo que no te funciona correctamente cuando estas deprimido, es cuando la hipófisis empieza a protestar, cuando se siente todo tu sistema relajado, entonces, pues yo supongo que por el hecho de estar contenta, tan relajada ese día, me acuerdo perfectamente que ese día me dejaron a dos de mis sobrinos porque mi hermana tenía algo que hacer y vivía yo en la casa de la providencia, entré al baño, entonces, en el momento en el que entré, empecé a sentir esa angustia en el estomago, esa temblorina, esa desesperación, esa falta de aire, ese vértigo y demás, esas ganas de llorar que son incontrolables, salí y en ese momento estaba jugando ahí afuera Vane con mis sobrinos y le hable por teléfono a mi mamá y me contestó mi hermano Mauricio y le dije cómo me estaba sintiendo y me dijo ahorita voy por ti y efectivamente fue por mí, pero unos días antes, mi abuela se había caído de la escalera y a la que le tocó ver como cayó fue a mí, entonces a mí me dijeron entre broma y broma que estaba espantada, que me tenían que curar de espanto y pues eso fue lo que se pensó en primera instancia, que estaba yo muy nerviosa por la impresión que había tenido al ver caer a mi abuela, porque yo juraba que se había matado o sea por como yo la vi caer yo juraba que se había matado o sea el cuello todo así para atrás yo juraba que se había desnucado o algo así, entonces fue a partir de ahí cuando yo me empecé a sentir mal y mal y mal, y ya no estaba yo a gusto, estaba dentro y quería estar afuera, estaba afuera y quería estar adentro y estaba arriba y quería bajar y estaba hablando con alguien y ya no quería hablar y solamente quería dormir y dormir y dormir, a mí lo que me extrañó en determinado momento fue que dejamos pasar mucho tiempo, porque teniendo los antecedentes de mi mamá, fácilmente se hubiera podido detectar, tiene depresión, porque bueno no fui yo la primera de los 9 que tuvo depresión, depresión ha tenido Eduardo, ha tenido Maritza, Mauricio, antes que yo, entonces, hasta que en una ocasión no sé porqué o cómo salió que mi papá me dijo: Sabes qué, es que tú lo que tienes que hacer es ver a un psiquiatra y efectivamente comencé a ver al doctor de la Peña que es un conocido de David y me dio el medicamento y pues muy a gusto, muy a gusto me empecé a sentir, no te digo que de la noche a la mañana, porque no fue así, pero sí empecé a sentir yo mejoría, pero cuando el doctor me dijo: Yo espero que con el medicamento ya estés bien, que no necesites otro tipo de terapia, mas que la farmacológica, yo le dije: sabe qué doctor creo que yo tengo mucha necesidad de hablar, me dijo bueno o.k. entonces vas a sacar tu carnet, vas a sacar una cita para tal día, él

trabaja en un centro de salud mental que esta aquí a dos calles y efectivamente él intento darme terapia, yo no conozco mucho de terapias, pero creo que eso no era una terapia, él solamente me escuchaba y me escuchaba, que en ese momento a mí me sirvió bastante porque yo me desahogaba, pero él me dijo que iba a tomar el medicamento entre 6 meses y 1 año, y al año, él me quita el medicamento y yo me vuelvo a sentir peor que como al principio, entonces pues mi papá le dijo a David: Porqué no mejor la llevas con el dr. Falcón, que es el psiquiatra de cabecera y que de alguna manera conoce el historial de nosotros, entonces, pues sí, fuimos con el dr. Falcón, me mando otro medicamento totalmente diferente y pues también tardó bastante en hacerme, pero antes de que empezara yo a tomarme el medicamento yo me resistí mucho, busque alternativas que no me sirvieron, antes de llegar a las manos de mi psicóloga estuve 3 o 4 sesiones en un grupo de neuróticos anónimos, yo creía que ahí iba a encontrar la solución y no la encontré, yo dije: Es que cómo es posible, si ya tome un año medicamento, me lo quitan y me sigo sintiendo mal, no debe de ser por el medicamento, debe de haber algo mas, algo no esta funcionando, y yo me resistía a tomar el medicamento, pero me empecé a sentir peor y peor y peor hasta que un día, fue precisamente un día de muertos, porque me acuerdo que lo íbamos a festejar en la casa de mis papás, me estaba yo bañando, vivíamos ya en ese entonces en la casa de san Juan de Aragón, me estaba bañando y estaba escuchando a Vane que estaba jugando con unas barbies, pero de pronto empecé a escuchar su voz como con eco, y al escuchar su voz como con eco se empiezan a desencadenar todos los síntomas, la temblorina, el hueco en el estómago y demás, entonces los empecé a sentir y en ese momento fue cuando a mí me paso por la mente ya no quiero vivir, yo no sé como le voy a hacer pero de este baño no voy a salir, el chiste es que le cierro toda la llave caliente y quede con pura agua fría, por una desesperación terrible, instantes después de que me estuvo cayendo el agua fría, me insulté yo misma, me dije: sí babosa, tu te quitas aquí la vida y la primera que te ve es tu hija, y a ella es a la que le vas a desgraciar la vida, porque tú como quiera vas a dejar de sufrir, pero ella qué onda, inclusive toda mojada, nadamás me envolví en una toalla, me salí corriendo, le llame a mi mamá y le dije: sabes qué? Vente rapidísimo, porque yo me estoy volviendo loca y mi mamá rapidísimo llegó a mi casa y después de eso mis hermanas como que se dieron cuenta que tenían que estar mucho al pendiente de mí, porque yo se lo platique a mi hermana Susana, me dijo es que estas súper mal, o sea, tomate los medicamentos por favor, estate en contacto con nosotros, cada ratito me hablaban por teléfono, principalmente mi hermana Ana, Susana y mi mamá, y yo no me podía quedar sola, por prescripción medica yo no me podía quedar sola, yo tenia que estar con alguien, alguien quien me estuviera supervisando, entonces yo me metía al baño y ya iba David Vanesa estas bien?, Estaba en la cocina y tardaba yo en salir y ya iba mi mamá qué estas haciendo hija?, Todo el tiempo me estaban cuidando, y de alguna manera se los agradezco mucho porque íjole es una angustia tan terrible que tu ya no la quieres pasar, definitivamente ya no la quieres pasar, entonces comencé a tomar el medicamento del dr. Falcón, tardo en hacerme pero me hizo y estuve mucho tiempo con medicamento estable, sin variaciones, tomaba yo 2 antidepressivos, 2 ansiolíticos, 2 neurotransmisores y otro que no recuerdo para qué es, me daba muchísimo sueño y ya después me acostumbré, sin embargo no me resignaba yo a la idea de estar tomando medicamento toda la vida, porque tenia el antecedente de mi mama y decía no, veintitantos años que tienen mi mama tomando medicamentos yo no voy a pasar por lo mismo y en una ocasión cuando llevaba yo a Vane a un curso de verano me dijo Martín un psicólogo, le platique lo que me había pasado y me dijo pues es que eso si está mal, entonces él comenzó a darme terapia, pero tampoco me convenció su terapia, en el momento me ayudó, pero ya después no, y ya viviendo en

san Juan de Aragón, después de ya haber estado bastante tiempo estable, me enferme de salmonela, tome infinidad de medicamentos y con ninguno se me quitaba, me mandaron al gastroenterólogo, él me recetó determinados medicamentos, me los tomé, y a los 15 minutos me empecé a sentir mal, las manos me empezaron a sudar horriblemente, me empecé a sentir desesperada, ganas de llorar y demás, le hable a David y me dijo: Vamos a hablarle al Dr. Falcón, le llame y me dijo sabes qué? Nos acaban de echar a perder todo lo que llevamos arriba, entonces pues auméntale, por el momento tomate tal cosa y nos vemos aquí la siguiente semana y otra vez empecé desde el principio, después de ese percance, he estado bastante estable, a excepción de esta ocasión que nos cambiamos de casa, que sí me cayó de peso, que ya no lo manejé de la misma manera, ya fue distinto, porque ya estoy en terapia y porque ya sé de alguna manera controlarlo, ya he estado estable y afortunadamente ahorita estoy a un paso de dejar el medicamento psiquiátrico. Con la depresión diagnosticada como tal, que el Dr., de la Peña me dijo: tu tienes depresión en tercer grado, llevo 5 años, en terapia llevo como dos años y medio; el tratamiento psiquiátrico sí me funcionaba pero no sabía yo manejar las situaciones, no se me quitaba del todo, te puedo decir que se me quitó un 97 %, pero ese 3% aun me seguía dando mucho miedo no saber controlar esas emociones, entonces a partir de que yo entré en terapia psicológica yo he visto grandísimos avances en mi, grandísimos, de sesión a sesión yo he visto pasos agigantados en este trayecto.

¿Has identificado bajo qué circunstancias o qué cosas pasan para que se te desencadenen los síntomas de depresión? Cuando estoy muy presionada en dos cuestiones: en cuestión de mi servicio, de mis practicas mi estudio y cuando Vane está enferma, esos son los dos momentos que yo tengo identificados como desencadenantes, como detonadores, porque ahora lo entiendo de esta manera, por ejemplo con respecto a Vane, pues yo conviví todo el tiempo con una persona enferma y cuando sé a mi hija enferma me mueve mucho el tapete, pero ya no permito que pase a más.

¿En quien te apoyas cuando te vienen las crisis depresivas? Fíjate que en ese aspecto soy muy hermética, hace poquito me dijo mi psicóloga que cuando un ser humano dice: no me pasa nada y no quiero nada, es porque te pasa todo y quieres todo; la primer persona que yo tengo para apoyarme es David, y él nunca me ha dado la espalda, sino todo lo contrario, intenta ayudarme a encontrar una solución, pero yo ya hasta que de plano estoy dando las últimas, es cuando le pido la ayuda, pero cuando está dentro de mi control no se lo digo a nadie.

Los 4 de mi familia que han padecido depresión, además de mí, únicamente se han tratado con medicamento, a Eduardo le funcionó en su momento, lo dejó y hasta ahí quedó, mi hermana Maritza también tomó poco tiempo medicamento psiquiátrico, pero yo sé que no ha salido de esa, que tiene muchas cosas por dentro que de alguna u otra manera se manifiestan, en Eduardo se manifiestan con neurosis, en Maritza con migrañas, con gastritis, colitis, Mauricio paso por un proceso muy difícil que fue haber terminado con una novia con la que llevaba 13 años y también estuvo con medicamento psiquiátrico poco tiempo, pero él se inclino mucho hacia el lado espiritual y esa fue la manera de sanar su cuerpo y su alma, Ana toma medicamento y por cuestiones económicas no puede todavía tomar terapia psicológica y sin embargo esta dispuesta a hacerlo, estamos viendo la manera de que vea a la misma psicóloga que veo yo.

¿Has padecido enfermedades frecuentes? Sí, gastritis y colitis desde que tenía 10, 11 años, yo se lo achaco a que me lastimé mucho mi aparato digestivo porque siempre he comido mucho chile, mucho limón, pero también estoy conciente de que cuando estoy muy tensa, muy nerviosa, muy presionada la panza se me infla y me duele el estomago y ya sé porqué es ¿tomas medicamento? Ya no, ya tomo yakult nada más, me tomo como 5 yakults al día, y siento mucho alivio; porque los tratamientos me hacen mientras

los estoy tomando y unos días después, y después es lo mismo, o sea ya no es cuestión orgánica sino psicológica, es la manera de mi cuerpo de decir, ya cálmate, ya bájale, ya descansa. Es eso, la gastritis, la colitis y últimamente el dolor de cabeza tan intenso, que bueno, ahorita de alguna manera me siento tranquila a pesar de que llevo un ritmo de vida muy acelerado, muy loco, en este momento me siento tranquila y a parte de todo ha coincidido con que estoy haciendo ejercicio y me he dado cuenta que me ha ayudado mucho. Ayer le dije a David ¿te has dado cuenta que desde que hago ejercicio me duele menos la cabeza? Y me dijo pues es que es tantito eso y tantito que estas ahorita un poquito alejada de la escuela, porque ahorita estoy haciendo mis practicas, entonces no estoy con la presión de los exámenes, con la presión de las clases y demás, que bueno, es otro tipo de presión, pero a final de cuentas, es la presión para la que creo que estoy hecha, o sea, el hecho de tener 35 niños maternas no es fácil, es muy estresante y Vane me dice: mamá es que como no te vuelves loca, porque le digo que 17 niños llorando al mismo tiempo si es así como para jalarte los cabellos, pero bueno, es algo que a mí me gusta, es algo que yo disfruto, bueno no disfruto ver llorar a los niños, pero es algo en lo que yo disfruto estar, el poder consolar a los niños, el poder tranquilizarlos, el poder cantarles, el poder estimularlos, animarlos, para mi es una de las satisfacciones mas grandes de mi vida. Entonces tantito es que me siento a gusto con lo que estoy haciendo y tantito es que estoy modificando mi bioquímica a través del ejercicio, porque me estoy dando un espacio para mí, en el que voy a desfogar todo.

Disfruto mucho escuchar música, hacer planeaciones dentro de lo que es mi área, saber como voy a estimular determinada área de un niño a base de determinado juego, porque me encanta la capacidad que tengo para ello, lo creativa que soy para ello, otra cosa que disfruto mucho es platicar con Vane, para mi es algo grandioso, platicar con David también, salir con mi amigo Mondragón, ver a mi amiga Cristina, platicar con ella, hacer ejercicio, el spinning, disfruto mucho dormir, es mi mayor placer en la vida. Ya disfruto muchas cosas, ya te mencioné algunas, pero el hecho de poderme sentar a ver una película que tengo muchas ganas de ver también lo disfruto mucho, ir al cine, sentarme con David y con Vane a ver una telenovela lo disfruto mucho, ver a mi mamá, platicar con mis hermanas, ver jugar a mi hurón también los disfruto mucho. Afortunadamente ya tengo la capacidad de hacerlo porque antes no la tenia, si hace unos años me hubieras preguntado ¿haber, qué disfrutas? Igual me hubiera quedado callada, porque no te hubiera sabido responder, pero en este momento, a estas alturas ya disfruto mucho muchas cosas. Cuando estaba deprimida apenas abría el ojo y decía ay no puede ser otro día mas, no me daban ganas de levantarme, no me sentía con las energías suficientes para levantarme ni para hacer nada. Me levantaba con muchos esfuerzos a darle de desayunar a Vane, una vez que se iba me la pasaba llore y llore llore y llore, en la tarde como a las 4 me quedaba dormida toda la tarde y ya me despertaba como a las 8, me llevaban la comida a la cama, la cena a la cama y no tenia humor de nada, cuando Vane llegaba hacia un esfuerzo por levantarme y platicar un rato con ella, hacia todo lo posible porque mi hija no me viera así, en ese estado, no quería que se creara una imagen de su mamá enferma, porque yo sé lo que es vivir con tu mamá enferma y no quería eso para mi hija, trataba de que no se diera cuenta de lo mal que me sentía, pero aún así no tenia fuerzas para nada.

¿Porqué crees que te haya dado depresión? Yo creo que ya traía cargando muchas cosas y esto fue como un aviso de que tenia que resolverlas, había muchas cosas en mi vida que no estaban resueltas, todavía hay cosas que no he resuelto pero siento que ya llevo un gran camino ganado, no lo veo como algo catastrófico o algo así, yo lo tomo como una oportunidad para crecer, para ser mejor persona, para mejorar muchas áreas de mi vida

¿Han cambiado tus relaciones con las personas? Definitivamente si, antes, mi relación con la gente era, siempre me asumía como la niña que necesita protección, atención, cariño, pero por otro lado, como la madre protectora que quiere resolverle la vida a todo el mundo, yo daba y daba y me olvidaba de mi, siempre estaba disponible para los demás, esto obviamente por la relación con mi mamá, yo siempre fui la mamá de mi mamá no su hija y ella fue mi hija en vez de mi mamá, entonces, pues tu sabes que todo es un aprendizaje y los aprendizajes que tienes de niña los arrastras cuando te relacionas con la gente, es algo de lo que estoy trabajando en terapia, aunque la verdad no lo he podido modificar del todo, por ejemplo con David, yo el rol de mamá lo sé jugar muy bien y mi psicóloga me dijo es que en vez de tener una hija y un esposo, tienes dos hijos y pues eso está mal, me está costando mucho trabajo cambiarlo, pero lo estoy trabajando. ¿Ha cambiado la forma en que manejas o enfrentas la depresión? Yo creo que si, porque ahora sé identificar muchas cosas, como el detonante de mis crisis y hace que vengan con mucha menor intensidad, si antes no sabía porqué de pronto me comenzaba a sentir mal, ahora ya sé, una luz, un olor, un lugar, ya sé identificar porqué, intento ubicarme, decirme a mí misma que ahora soy una persona distinta y que no es como lo estoy percibiendo, que esas mariposas en el estómago o esa angustia que de pronto me llega, es porque me estoy remontando a otros tiempos, a otro lugar, a otras personas y que no tengo porqué sentirlo, ahora, trato de calmarme yo misma y eso me ha ayudado mucho a que no llegue tan fuerte, ya no la dejo avanzar, aunque todavía estoy en ese proceso, porque no estoy del todo bien pero ya me siento mucho mejor que antes, ya no le tengo miedo a perder a mi mamá por ejemplo, es algo que he asimilado y ya no me siento responsable por lo que le pase, he comprendido que soy una mujer adulta, con una familia y que ya no soy la niña de 7, 8, 9 años.

Actividades.

Un día cotidiano, me levanto, por lo general al cuarto para las seis, a veces me levanto a las 6, a veces a las 6 y 5, inmediatamente voy a hacer pipi porque siento la vejiga ya súper llena, me lavo las manos, hago mi café, saco lo que tenga que sacar del refrigerador para prepararle a Vane su desayuno. Ya que tomé café y saqué las cosas que debía de sacar del refri o poner a hervir cosas que tengo que hervir para la comida en la tarde, me meto a bañar, después de bañarme me arreglo, estoy escuchando música, me maquillo, me peino, me visto y demás, y al 10 para las 7 tengo que levantar a Vane, estoy ahí con ella mientras se viste, ya que se vistió, en lo que ella hace pipi y se lava las manos, yo estoy haciendo cualquier otra cosa, ya sea acomodando trastes o terminando de tender lo que no tendí el día anterior de ropa, o sacando algunos libros, en fin, cualquier cosa que me haya faltado del día anterior, después, la peino, mientras ella está comiéndose algo de fruta, después de peinarla le hago su leche y le doy pues lo que desayuna, que normalmente es un danonino, un cereal o algo así, en lo que ella está desayunando yo le estoy preparando su sándwich e igual sigo haciendo cualquier otra cosita en cuestión de minutos que me de tiempo, la llevo a la escuela, salimos de aquí como al cuarto o diez para las 8 más o menos, la llevo a la escuela, ella entra a las 8, está cerquita su escuela, su escuela está a calle y media, la dejo en la escuela y nadamás camino hacia el eje y de ahí del eje tomo el taxi que me deja ahorita en la guardería en donde estoy haciendo mis practicas, ahí debo de estar 5 horas, saliendo paso al café por Vane, porque David la recoge, regreso, hago rapidísimo la comida porque ya llego muriéndome de hambre y más o menos como a las dos y cuarto de la tarde comemos, después de comer, saca Vane lo que tenga que hacer de tarea, yo ahorita por ejemplo tengo que hacer infinidad de dulceros y tengo que hacer ahorita un trabajo

con los niños que estoy trabajando, sacar parámetros de conducta con respecto al desarrollo en las otras esferas de los niños, entonces pues me pongo a revisar a cada uno de los niños, intento recordarlos y demás, a veces tengo que hacer planeaciones, a veces ya la hice desde el fin de semana y básicamente ahorita con lo que estoy súper atareada es con la cuestión manual, porque aparte de dejar un expediente por cada niño, debes de dejar un dulcero por cada niño, entonces me pongo a hacer eso. Procuero entre dos o tres veces a la semana ir al gimnasio, ya sea, por decir, lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado, más o menos a las 7 de la noche, nadamás voy una hora porque voy a clase de spinning y entonces es una hora, ya cuando regreso David y Vane ya están merendando, ya se bañaron, porque David es el encargado de bañar a Vane o de estar al pendiente de que se bañe y también es el encargado de hacer la merienda, entonces, ya cuando llego, pues meriendo, a veces me pongo a lavar a planchar o a adelantar un poco de la comida del otro día o a checar de acuerdo a la plantación qué material necesito para el otro día y sacarlo.

Vane se acuesta como a las 7:30 más o menos, y nosotros, bueno David también más o menos a esa hora, yo, cuando me voy al gimnasio, un poco mas tarde, como a las 8:30, pero cuando estoy aquí, a esa misma hora, pero igual estoy merendando y córrele a ver lo que tengas en la lumbre, o ya se me prendió el foco de que tenia que sacar otro libro o que tenia que sacar otra cosa y entonces no me quedo quieta, o sea por más que quiero, nunca me quedo quieta, cuando desayuno tampoco, en las tres comidas es lo mismo.

Los sábados y los domingos intento borrarle de la mente muchas cosas, puedo tener un buen de trastes y no hacer nada, por lo regular Vane me despierta a las ocho de la mañana, aunque no me despierte yo la escucho que despierta y ya no me duermo porque es muy traviesa. Todos los sábados me voy con mi mamá allá comemos, si puedo, últimamente lo he estado haciendo así y me ha estado funcionando muy bien porque estado descansando un poco mas, si puedo, desde el viernes me voy par allá, me quedo con mi hermana Ana y ya me estoy allá todo el sábado o me voy el sábado y me quedo allá y me regreso el domingo. Por lo regular me quedo en casa de Ana, apenas va una ocasión que me quedo con mis papas, pero por lo regular es en casa de Ana, entonces, pues quieras que no la mente se te distrae un poco y no sientes la obligación y la responsabilidad de hacer tantas y tantas cosas, porque pues estoy aquí en mi casa y no paro. Lo que no me gusta hacer es planchar, detesto planchar, hacer comida tampoco es de mi agrado pero no lo detesto tanto como planchar.

Alimentación.

Ahorita que estoy a dieta nadamás desayuno en la mañana un café con leche, sin pan, así solito, y ya después, a las dos horas más o menos me tomo un yakult, o un yogurt o me como una manzana o un pedacito de melón o algo así. Antes de que estuviera a dieta, desayunaba café con pan y ya no comía hasta como a las 11:30 que era más o menos, antes de que estuviera a dieta todavía estaba en la escuela, o sea, no estaba en practicas y era mas o menos la hora en la que entre clase y clase teníamos un descansito y nos íbamos a desayunar una quesadilla o unas frutas o a lo mejor nadamás unos chetos y un refresco, cualquier cosa, o sea, lo que se nos antojara en ese momento. A partir de que estoy a dieta tomo muchas cosas, pero cosas liquidas, me da hambre y tomo agua de horchata, yakult, soy fanática del yakult, de todos los yogurts líquidos, me encantan. Llevo como 4 o 6 meses en la dieta, lo que pasa es que nadamás dejé de comer pan y tortilla, y lo que hago es acelerar el metabolismo comiendo cada dos horas, o sea, que mi estomago este satisfecho cada dos horas porque dieta, así dieta drástica no puedo hacer porque me duele el estomago mucho por la gastritis, entonces es lastimarme yo

misma, además, entre mas estas acelerando tu metabolismo pues mejor te va, hay mas quema de grasa.

En la noche tomo café o yogurt con All Bran o a veces me tomo un danup o un yogurt liquido cualquiera que sea con una galleta o dos galletas a lo mucho. En la comida siempre comemos sopa y guisado. ¿Qué consumimos más? Verduras, somos más herbívoros, buenos somos más herbívoros por Vane, porque ella casi no gusta de la carne, entonces cuando hago cosas de carne, a menos de que tengan chile se las come, si no tienen chile no se las come. Hago una lista de comida los martes porque el miércoles es el día que vamos al mercado, entonces les pregunto siempre a David y a Vane ¿Qué comemos? Díganme una comida y ya dice uno una, otro otra y de ahí surge otra idea y total que se completan las 5, procuro alternar la comida. Y por lo regular los fines de semana cuando voy con mis papás es cuando me gusta comer pescado o camarones, porque los camarones que venden por la casa de mi mama me gustan mucho, el pescado también, en otras partes no me da confianza, no me gusta, intento balancear, intento que comamos de todo. Lo que menos como es carne de cerdo, sí me gusta pero ocasionalmente, no tanto porque no me guste el sabor, sino porque sé lo dañina que es y no me gusta ni comerla yo, ni que la coma Vane, ni que la coma David seguido.

Sueño.

Para dormir, un horario fijo no tengo, igual hoy me puedo dormir a las 9 de la noche, que me pueden dar las once y media, doce y no me he dormido, depende de lo que tenga que hacer, cuando estoy en la escuela lo mas tarde que me acuesto es como a las dos, tres de la mañana mas o menos. Para dormirme, me desmaquillo, me pongo mi pijama, me lavo los dientes, voy al baño y me acuesto a dormir, me gusta mucho, ahorita que estamos intercalando el asunto del sueño con Vane, cuando estoy yo sola en mi recámara, gusto mucho de tener veladoras, me gustan mucho las veladoras y de tener incienso y muchas veces música. Lo que pasa es que por prescripción del paidopsiquiatra teníamos que dormir un día Daniel con Vane, un día el y un día yo. La prescripción de ahorita es: un día se duerme sola, un día yo con ella, otro día ella sola, otro día David con ella, otro día ella sola y así, digamos que dos noches por una con mama y con papá; entonces pues me gusta mucho crear un ambiente rico para dormir. Me gusta mucho dormir con pijamas ligeras, tanto de short como de pantalón, a veces depende del clima, o de las ganas que tanga ponerme una pijama u otra. En promedio duermo como 7 o 6 horas, por las tardes no me duermo, por lo regular el domingo es el día que aprovecho para dormirme una siesta. Lo primero que pienso cuando despierto es bendito sea dios que me dio un día mas de vida.

ANEXO 4 CATEGORÍAS.

An = Ana
A = Angélica
G = Gabriela
S = Susana

V = Vanesa
Va = Vane
L = Liza
E = Emanuel

Bl = Blanca
B = Brenda

ALIMENTACIÓN.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Existe preocupación por el tipo de alimentación.	<p>V: Ahorita que estoy a dieta nadamás desayuno en la mañana un café con leche, a las dos horas un yakult, un yogurt, una manzana, un pedacito de melón o algo así. Tomo muchas cosas liquidas cuando me da hambre. Llevo como 4 o 6 meses en la dieta, dejé de comer pan y tortilla, lo que hago es acelerar el metabolismo comiendo cada dos horas, hay mas quema de grasa. En la noche tomo café o yogurt con All Bran, a veces un yogurt liquido con una galleta o dos. En la comida siempre comemos sopa y guisado. Consumimos más verduras. Lo que menos como es carne de cerdo.</p> <p>L. Procuo comer más verduras y carne, me gusta mucho el pan, soy demasiado golosa, pero sé que me hace daño porque me da colitis.</p> <p>Trato de comer más verduras porque es mi bienestar.</p> <p>Trato de comer mis tres alimentos y comer sanamente, que nutra.</p> <p>Procuo no tomar refresco, no comer pan, pasteles, pero los como, no tengo fuerza de voluntad (Tiene sobrepeso).</p>
Disminución del apetito.	<p>An. En ocasiones se me va el hambre, depende de que me sienta mal, pero me hacen comer a fuerza, luego les miento y les digo que ya comí. No como entre comidas.</p> <p>E. En la mañana desayuno un vaso de naranja y leche, si como algo sólido me da asco. En la tarde a veces no tengo hambre y no como, mi mamá me quiere obligar a comer pero le digo que ya comí aunque no sea cierto, a veces lo más que puedo llegar a comer es un yogurt y una dona en las once horas que estoy, no soy de muy buen comer, antes sí, cuando jugaba béisbol, tenía doce o trece años.</p> <p>Bl. No desayuno, me da mucho asco en las mañanas, luego lo devuelvo, se me revuelve mucho el estómago, luego me lo quedaba y me empezaba a doler mucho el estómago y en la escuela lo devolvía.</p> <p>A veces no comía.</p> <p>B. A veces no comía, llegué a estar dos o tres días sin comer y no me afectaba.</p> <p>G. Cuando estuve muy depresiva no comía.</p>

Aumento del apetito	<p>L. Comía desafortadamente, yo salí pesando (del hospital psiquiátrico) cuarenta kilos, toda la cara llena de granos, sin cabello casi. Cuando yo me veo libre, entre comillas pues quiero comer y de una sentada me acababa un kilo de gomitas, en una sentada me acababa una rosca Swandy yo solita. Desayunaba excesivamente, tomaba mi pastilla que es el Rivotril, te duerme porque yo tomaba tres al día, me dormía, despertaba y ya quería comer. Estaba noqueada para que no fuera tan agresiva. Al tener el miedo me refugio en la comida.</p> <p>Demuestro mi depresión comiendo más, debo estar comiendo a cada rato sin tener hambre.</p>
Preferencia por ciertos alimentos y/o evita otros.	<p>G. lo que más me gusta es la leche, mi café, soy muy lechera.</p> <p>A mí me encantaría comer un licuado de plátano, para mí eso sería comida.</p> <p>Yo antes era muy carnívora, pero anteriormente la carne era buena, ahora ya la masticas y te sale puro trapo, por eso la dejé de comer.</p> <p>S. En la mañana cuando le preparo a mi hijo su chocomilk me tomo mi café dos o tres galletitas, porque tengo gastritis y sientes la panza vacía.</p> <p>Ahorita ya le he bajado a los irritantes.</p> <p>E. lo único que no como son chícharos con huevo, los odio y el mole no es muy de mi agrado.</p> <p>B. Por lo regular como verduras, chiles rellenos, tortas de ejotes, casi no como carne.</p> <p>Ceno leche y un pan de dulce.</p> <p>En el trabajo cuando llego a desayunar me dan sopa, guisado, postre y agua.</p> <p>Bl. Ahorita estamos comiendo mucho pollo, casi no están haciendo carne, porque mi mamá no come mucha carne y también pescado. Casi no hacen verduras aquí en la casa, a mí sí me gustan.</p> <p>Ahorita con los fríos me esto tomando un té o un café con unas galletas.</p> <p>Ceno nadamás leche con un pan.</p> <p>Entre comidas no como.</p> <p>S. en la mañana me tomo mi café y dos o tres galletitas, como tengo gastritis, pues ya ves que sientes la panza vacía..</p> <p>Ahorita ya le he bajado a los irritantes</p> <p>E. No soy remilgoso, lo único que no como son chícharos con huevo que los odio y el mole que no es muy de mi agrado</p> <p>An. Me gusta mucho el mole con pollo, pero no lo como seguido. Lo que procuro no comer es la grasa, por ejemplo la carne gorda no me gusta, todo lo que sea muy aceitoso no me gusta. No como entre comidas.</p>

VARIACIONES EN EL PESO.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Variaciones en el peso por factores estresantes.	<p>Bl. Después de mis quince años bajé de peso, como dos o tres kilos, yo creo que fue por la escuela, por la presión y todo eso.</p> <p>G. Peso 71 kilos, he notado bastantes variaciones en mi peso, a mí me tenían que tener en mi peso de 58 kilos, pero estuve mucho tiempo pesando 65 a 63 kilos, no subía. Pero a partir de unos 5 o 6 años subí de 70 a 72, nunca había pesado 72. dice mi papá que soy igual que él, que los problemas tienden a subirnos de peso, porque en realidad yo no como mucho para estar gorda.</p>
Variaciones en el peso a partir de la depresión	<p>S. He notado variaciones en mi peso a partir de la depresión para acá, hace como año, año y medio bajé mucho, nueve kilos como en tres meses y luego ya subí, ahorita ya los recuperé.</p> <p>Me regresó lo de mi riñón, me volví apachurrar y bajé de peso.</p> <p>L. A los tres meses subí a 110 kilos, por eso me enfermé de tiroides y más adelante bajo en una semana 25 kilos.</p>

IMAGEN CORPORAL.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Existe insatisfacción con la propia imagen corporal.	<p>V. 2. Mido 1.60 y peso 53 kilos con 500 gramos, quiero bajar de peso porque me siento gorda aún. Quisiera pesar 52, ya bajé 3 kilos en 3 meses y medio. Cabe mencionar que la entrevista se llevó a cabo en mayo de 2003, se tuvo una conversación con ella en diciembre del mismo año y ya pesaba 44 kilos.</p> <p>Bl. A veces sí me afecta lo que me diga la gente, mi familia, antes siempre me decían que estaba gorda, me hacían mucha burla de que estaba morena.</p> <p>L. Hay algo ahí de la situación de lo físico, otro miedo, de la cosas de no engordar.</p>

AUTOCONCEPTO.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Positivo	<p>B. Soy una persona tranquila, honesta</p> <p>Vi. Es muy inteligente.</p> <p>Bl. Sé escuchar a las personas.</p> <p>Soy una persona que dice las cosas, no me gusta andar con rodeos, soy muy directa.</p> <p>Lo que más me gusta de mí es que soy muuy pasiva y muy ordenada.</p> <p>S. Me considero una persona alegre. Siempre trato de verle a las cosas lo bonito, lo positivo.</p>
Negativo	<p>B. Soy muuy sentimental y a la vez muy difícil. No soy muy adaptable. Soy muy variante en el carácter. Todo me daña. Todo lo que me dice la gente lo tomo muy en serio y no tengo, no tenía iniciativa propia, lo que me dijera la gente lo hacía. Yo no tenía</p>

	<p>criterio propio, siempre he dejado que la gente me diga por donde irme y qué hacer.</p> <p>En mi trabajo no tengo tanta confianza, no bromeo, soy seria.</p> <p>Siempre he sido muy tímida</p> <p>Va. Es muy calzonunda, muy enojona, muy temperamental, muy manipuladora, muy impositiva.</p> <p>S. Soy muy obsesiva de que las cosas tienen que estar precisamente en su lugar, soy muy rutinaria, yo soy muy acelerina. Acomodo las camisas por ejemplo por colores, claras y oscuras y si lo mueven me enoja. Todas las cosas tienen que estar con la etiqueta hacia delante, incluso la despensa, el café, el azúcar, aunque no tiene etiqueta el frasco tiene que estar en la posición, no deben verse las ranuras. Estoy loquita, estoy guisando y estoy limpie y limpie, me doy cada quemada porque estoy pasando las manos por atrás.</p> <p>Yo era muy orgullosa, pero ya ví que el orgullo no te lleva a nada bueno. Dejaba de comer por sangrona. Me enojaba, hacía un pancito y me duraba uno o dos días sin comer. Fui muy rencorosa pero ya no.</p> <p>E. Soy muy inseguro. A mí no me gusta estar pidiendo las cosas, soy un poco orgulloso.</p> <p>G. Me imagino yo que como estuve en medio de dos hombres yo era muy hombrona, para mí yo era hombre, a la fecha yo me imagino que soy muy hombrona porque abuso de mi fuerza. Casi no me gustaba jugar con las muñecas, me gustaba más lo de hombre, hasta la ropa de hombre y me gustaba ponerme las camisas de mi hermano, los pantalones de mi hermano.</p> <p>L. Yo quisiera regresiones porque hay algo de mi pasado, de mi infancia que no está bien porque mi personalidad es de ser sumisa, de ser servilista, de dar sin recibir nada a cambio, me ponía como tapete.</p>
Factores que la hacen enojar	B. que me quieran imponer cosas o que me hagan sentir mal con algún comentario, que me digan por ejemplo tonta, cuando me gritan también me molesta.

EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Rompimiento o problemas con parejas	<p>B. Cuando he roto con otras parejas me ha marcado mucho.</p> <p>Ver a mi mamá en una situación difícil, tan difícil como es salir sola con tres hijos y tolerar a mi papá y aceptarlo. Él es una persona muy difícil y su alcoholismo es muy difícil sobrellevarlo.</p> <p>E. Últimamente me he sentido como viviendo una pesadilla, el peor miedo que tenía se me hizo realidad, yo siempre le decía a mi novia yo sé que por cualquier cosa me vas a poner el cuerno y me lo puso ¡pum!. Me hizo sentir que el mundo es una vil basura, me sentí así como indefenso, impotente, que el mundo se me caía encima, impresionante.</p>
	E. Hasta que un día mi mamá se hartó y le dijo sabes qué? Vete

	de la casa y mi papá se fue exactamente el mismo día que empezamos a andar mi novia y yo.
Duelos no resueltos.	G. Yo no admitía que mi hermano estuviera muerto, falleció en el 2000, en enero y al año murió mi papá, en el 2001, también en enero.

SUEÑO.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Duerme lo suficiente para descansar	B. Últimamente cuando me levanto siento que descansé, hasta me siento de buen humor, con energía.
Siente que no descansa aunque duerma	Bl. Como que me falta... amezco muy cansada y voy con sueño a la escuela. G. Cuando me despierto me siento muy cansada. An. Cuando despierto, despierto cansada y quisiera seguir durmiendo.
Dificultad para dormir	A. Por lo regular no duermo luego en las noches, me despierto como dos veces, siento que no puedo descansar, has de cuenta que me duermo y de pronto me despierta una ansiedad grito mis hijos! Y me levanto a ver que estén bien, los tapo y me regreso a acostar y de repente otra vez, me despierto ansiosa. Me vuelto a levantar voy con ellos y los vuelvo a tapar y así me pasa siempre, entonces lógicamente en la mañana no me quiero levantar, me da mucho sueño y siempre digo, pero ahorita que llegue me voy a dormir un ratito, pero no puedo, te digo que me pongo a hacer cosas, me la paso corriendo y ya no duermo, me la paso pensando que si me duermo algo les va a pasar a mis hijos. S. Me da una crisis, seguía mal de mi riñón, mi garganta sin sentirla bien, yo seguía durmiendo casi sentada, el miedo no se me quitaba ni de día ni de noche. Yo creo que dormía tres horas en toda la noche, me la pasaba despierta, pensaba mucho en mi hijo, en que no quería que sufriera, en cuanto falta le haría. G. Ahorita estoy durmiendo muy poco, apago la televisión a las doce, doce y cuarto, me vengo quedando dormida doce y media, a la una ya estoy despierta, a las dos ya estoy despierta, a las tres ya estoy despierta, las cuatro, las cinco, me vengo durmiendo como a las siete, siete y media. Antes yo era muy dormilona. An. Me estaba pasado una cosa así medio canija, desde que me acostaba no me podía dormir y me volvía a bajar porque estoy vuelta y vuelta en la cama. Para mí sería bonito dormirme con la ventaba abierta por los bochornos que siento. L. Duermo menos. Duermo de las doce de la noche a las cinco de la mañana, pero me despierto a las tres y me vuelvo a dormir.
Duerme demasiado.	L. Cuando estaba yo deprimida y estaba casada era todo el día dormir, una flojera. Me dormía en el metro, parada, en el camión, en todos lados.

APEGO A LA RELIGIÓN.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Los padres o alguna otro familiar inculcaron que Dios castiga o recompensa las “buenas” o “malas” acciones.	V. Nací en una familia católica. Mas que nadie – le inculcó esa religión – mi mamá me decía que fuera a misa, que si te portabas bien papá diosito te iba a dar un premio, si te portabas mal papá diosito te iba a mandar un castigo, o el clásico: “Ya ves, eso te lo mando papá diosito porque no hiciste tal cosa”.
Refiere tener su propia concepción de Dios.	V. Tengo un concepto distinto de Dios al que tiene los católicos en general, no creo en el dios tan duro, tan estricto que te pintan en la religión católica, yo creo en un dios que no se molesta contigo, simplemente permite que las energías que él ha construido fluyan en ti y lleguen hacia ti o se vayan de ti de acuerdo a lo que tu haces, creo que él te da el poder de decidir.
Vincula lo que le pasa con la religión.	V. Dentro de nuestra concepción humana creo que nos da el chance de entender algunas cosas y otras no, entonces algunas cosas soy capaz de entenderlas y otras no y las justifico porque siento que son simple y sencillamente movimientos de la energía que tiene la vida. Bl. Practico la religión católica, no soy fanática, mis papás me dicen: pídele a Dios que te cuide y en las mañanas me despierto y doy gracias que estoy aquí y rezo el padre nuestro. Mi papá es el que más me dice: dale gracias a Dios porque estas viva y todo lo que te da.
Refiere haber modificado su apego y/o creencias religiosas a partir de algún evento.	V. Tiene como 3 o 4 años que empecé a cambiar mi forma de pensar con respecto la a religión, a partir de que tomé un curso de metafísica, no a cambiar radicalmente, pero sí he modificado muchas de mis creencias. A. Soy católica, pero ahorita hasta en eso ando como que ya no me convence, pienso seguir con el catolicismo por mis hijos, para que hagan su primera comunión, todo, pero realmente ya no estoy muy convencida.
Refiere apego a la religión	G. Soy católica, vamos a misa y hasta ahí. Desde chiquita me la inculcaron mis papás, mi mamá ha de haber sido. En cuanto me despierto lo primero que hago es rezar, darle gracias a Dios por ver la luz. Eso sí, que no me hable mi esposo hasta que no termino yo de mis oraciones porque me pongo de malas y si me levanto sin rezar me pongo de malas todo el día. Después de comer me subo y rezo.
Refiere no apego a la religión	B. No practico ninguna religión, soy creyente. S. Tanto como practicar no, me inculcaron la católica E. No es muy estricta mi práctica pero sí soy católico.

ACTIVIDADES COTIDIANAS.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Lleva a cabo actividades placenteras.	<p>V. Me siento a gusto con lo que estoy haciendo (escuela). Disfruto mucho escuchar música, hacer planeaciones dentro de lo que es mi área, platicar con mi hija, con mi esposo, salir con mis amigos</p> <p>Hacer ejercicio, el spinning, disfruto mucho dormir, es mi mayor placer en la vida. Me gusta mucho ir al cine, ver una telenovela, ir ver a mi mamá, platicar con mis hermanas, ver jugar a mi hurón.</p> <p>Vi. Le encanta jugar con sus barbies, por lo regular juega solita.</p> <p>B. Me gusta meditar, estar acostada sin pensar en nada.</p> <p>Bl. Mis hobbies son escuchar música ska, electrónica.</p> <p>S. Yo estoy loquita, disfruto tanto ver mi casa limpia, mi casa arreglada, hasta molesto es para la demás gente, para mi marido y para mi hijo. Haciendo el quehacer yo me siento feliz.</p> <p>An. Lo que más me gusta hacer es ver la televisión. Caminar también lo disfruto mucho.</p>
Se da un tiempo para distraerse de la rutina.	<p>V. Tantito es que estoy modificando mi bioquímica a través del ejercicio, porque me estoy dando un espacio para mí, en el que voy a desfogar todo.</p> <p>Va. miércoles y viernes va a la natación.</p> <p>Bl. Lo que más me gusta hacer es cuando trabajo con cerámica en la escuela, me gusta pintarla, como que me distraigo un poco de todas las cosas que pasan.</p>
Tiene restricción para algunas actividades.	<p>Vi. Casi no la dejamos ver tele. De siete días a la semana, ve dos horas corridas los fines de semana, sábado y domingo. Y entre semana uno o dos días, dos programas, dos caricaturas, pero casi no ve televisión.</p>
Tiene una gran cantidad de actividad.	<p>A. Me levanto a preparar lechitas, a preparar el desayuno de mis hijos, corro como toda mi vida toda mi ansiedad, o sea, siempre estoy bajo presión. Siempre tengo esa ansiedad, siempre tengo prisa. Tengo a una persona que me ayuda a hacer el quehacer, pero igual, llego y parezco loquita. Ni hago nada a lo mejor, porque subo, bajo, vengo, y todo el día estoy así, me baño, hago mi comida, voy por Paola, regreso e igual me sigo haciendo tonta no sé en qué porque no hago nada y a las dos y media voy por César, comemos, después hacemos la tarea.</p> <p>S. No me puedo sentar y nadamás quedarme así, ya ando viendo que levanto aquí, que levanto allá, siempre.</p>
Expresa disgusto por ciertas actividades.	<p>B. Me disgusta hacer el quehacer, la comida cuando me toca, no me gustan las cosas que sean rutinarias.</p> <p>Bl. Lo que no me gusta hacer es el quehacer, siempre me toca hacer cosas de más, es un poco tedioso.</p> <p>An. Lo que menos me gusta hacer es la comida.</p>

EL LUGAR DE RESIDENCIA JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE EN LAS EMOCIONES Y DINÁMICA FAMILIAR.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
<p>La persona ha cambiado su domicilio por cuestiones económicas o situacionales.</p>	<p>V. Después la renta nos empezó a matar, estuvimos ahí 2 años.</p> <p>Bl. Yo llevo viviendo aquí desde que nací, pero mis papás y mi hermano vivieron un tiempo en Castaña, creo que se cambiaron porque esta casa estaba mejor, más amplia.</p> <p>S. Llevo viviendo aquí siete años, antes vivía en la casa de mi suegra, viví ahí once años. Nos salimos de ahí de Tepito porque fue cuando lo del temblor, se deterioró la vivienda y ya no regresamos. A parte de que, era pretexto, era muy feo el ambiente ahí. A parte como eran viviendas ya viejas, tenía ya todo, cucarachas, arañas, ratones, alacranes.</p> <p>E. Llevamos como diez años y medio viviendo en esa casa, antes vivía como a cinco calles de ahí. La casa donde vivo está a nombre de mi abuela, antes vivíamos en otra casa que también era de mi abuela, pero mi tío, el hermano de mi mamá, se casó y pus como que nos desplazaron y mejor nos fuimos con mi abuela, ahorita estamos viviendo ahí.</p> <p>An. Llevo veintiséis años viviendo aquí, antes vivía en Tepito, ahí nacieron casi todos mis hijos menos la más chica. Nos cambiamos porque se presentó una buena oportunidad, era mucha familia y poco el lugar donde vivíamos, nadamás era el puro cuarto, muy feo por cierto.</p> <p>L. esta casa estaba sola, entonces mi mamá dice: Vete para allá, pero dice mi abuelita: yo aquí no quiero a tu hijo, entonces me dice vente a quedarte con nosotros y tu hermano se va solo, ya como soltero allá donde yo estaba viviendo con mi esposo. Esta casa es de mi mamá, nos venimos hace más de diez años aproximadamente. Mi abuela empezó a ser adulta, tuvo un accidente, se le fractura la rodilla y yo me voy cuatro meses a vivir allá. Tuve mucha culpa porque descuide mi matrimonio.</p>
<p>La decisión de permanecer o cambiar de domicilio se ve influenciada por aspectos emocionales.</p>	<p>V. En la primera casa que viví jamás me sentí a gusto, ahí viví mis primeras experiencias con respecto a lo que ha sido mi matrimonio, mi maternidad, yo me sentía como fiera, no me gustaba estar ahí.</p> <p>Decidí que ya no iba a regresar a la casa donde vivía, porque yo sentía que si regresaba me iba a seguir sintiendo mal.</p> <p>Me fui a casa de mis papás, ahí me sentía muy a gusto, comencé a sentirme mejor, a llevar mi vida mas organizada, me sentía como muy libre de la opresión que traía de la casa anterior. Sentía el respaldo de mis papás, de mi familia,</p> <p>El hecho de haber regresado a la misma recámara de cuando yo era soltera me dio oportunidad de conciliarme con muchas cosas. Yo tenia la creencia de que si yo me cambiaba de casa me iba a volver a entristecer, me iba a volver a sentir mal, me iba a volver a sentir sola y de más.</p> <p>A. Como mi esposo antes viajaba mucho me la pasaba en casa de mi mamá, pero me encerraba en ese círculo.</p>

	Para mí era bien cómodo quedarme en casa de mi mamá, compartía gastos, el quehacer, todo, pero por el problema de mi mamá me salí, porque ya no era sana la convivencia y un psicólogo me dijo tienes que estar fuera, entonces decidí salirme y venirme para acá.
Existe resistencia a cambiar de residencia por no separarse de la familia de origen.	V. Pensaba: y si estoy lejos de mi mamá hacia donde voy a correr, a quien le voy a hablar, entonces no me agradaba la idea.
La decisión de cambiar de domicilio se ve influenciada por el deseo de separarse de la familia.	Tampoco me gustaba porque estábamos muy cerca de los papás de mi esposo, son unas personas muy difíciles con las cuales tratar y yo tenía muchos problemas con él precisamente por eso. Después pues surgieron determinados problemas con mis papás, yo decidí que pues tenía que comenzar a hacer mi vida fuera de la casa de mis papás. Mi esposo y yo llegamos a la conclusión de que lo que nos estaba afectando era que estábamos viviendo demasiado cerca de la familia.
No ha cambiado de lugar de residencia	B. Siempre hemos vivido aquí

ESTRUCTURA FAMILIAR.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Separación de padres.	B. Mis papás siempre han vivido separados porque mi papá es casado, mi mamá fue su deslíz. Mi mamá nunca ha tenido otra pareja. Lo veo diario, a veces hasta dos, tres veces en el día, de ratitos. Si mi papá viviera con nosotros no me adaptaría. Mis tres hermanos somos hijos de él. An. Mi papá se fue de la casa cuando yo tenía once años. G. Cuando yo tenía ocho años, mi papá se fue de la casa, él nos dejó.
Persona más fuerte de la familia	V. De Carácter a Eduardo (su hermano), porque en los momentos en los que se han presentado situaciones que muchos no sabemos que hacer, él es el que pone en su lugar a cada quien y dice: Tú vas a hacer esto y tu vas a hacer esto y tu esto y todo se cumple y afortunadamente todo sale bien. Yo siento que él tiene un carácter muy fuerte, muy determinante, muy de líder, muy de jefe. A. Mi papá B. Mi mamá porque ha tenido que pasar muchas cosas y ha tenido que aceptar muchas otras. Bl. Mi hermano, al menos es lo que demuestra, veo que no le afectan mucho los problemas o no lo demuestra. S. Pues a lo mejor Rodolfo, porque yo creo que es el que nos ha dado más apoyo tanto moral como económico. Él siempre concilia los disgustos. E. Mi hermana porque me acuerdo que de chiquita, cuando hacía algo malo mi papá le pegaba muy fuerte y ella siempre

	<p>adorándolo, como un roble, sin quebrantarse. Él nunca la bajó de una puta y mi hermana sin hacer absolutamente nada, decía: me vale. Tal vez porque sacó el carácter de mi papá, porque mi papá es también muy seco, es muy entero y mi hermana también es muy entera pase lo que pase.</p> <p>G. De más carácter tengo yo.</p> <p>An. La persona más fuerte de mi familia era mi papá, enérgicamente, de carácter.</p> <p>L. Mi ex esposo y mi hija son más afines de carácter, los dos son muy realistas.</p> <p>De mi familia de origen a la persona que considero más fuerte es a mi abuela, es que nosotros vivimos en un matriarcado, porque mi abuela dominaba.</p>
<p>Integrante de la familia que necesita más apoyo.</p>	<p>V. Mi mamá porque trae un historial muy triste, muy largo, sus papás se separaron cuando ella tenía 11 años. Le toco vivir golpes, insultos, maltratos de todo tipo. A sus sesenta y tanto años sigue siendo la misma niña lastimada, que necesita el cariño de muchas personas. En este momento ya está abatida, derrotada, derrumbada, está saliendo aquella pequeña que esta tan dolida, tan lastimada. Cada vez va más para abajo y siento que no tiene una razón ya de existir.</p> <p>De Ana, ahorita yo siento que necesita un apoyo muy grande porque esta pasando por un proceso de divorcio. La está teniendo que hacer de mamá y de papá y no ha podido superar determinadas situaciones que vienen desde hace unos 11 o 12 años más o menos, que fue cuando conoció a su ex esposo.</p> <p>Sin embargo, a diferencia de mi mamá, yo siento que ella a partir de esto, pues va a agarrar muchas fuerzas y va a salir adelante.</p> <p>A. Mi mamá</p> <p>B. Mi papá y mi hermano. Porque mi papá no sabe ni qué onda, ni el daño que tiende a causar con su manera de conducirse en la vida. Mi hermano porque es el más chico, es el hombre y a él le tocó vivir cosas muy difíciles con él.</p> <p>Bl. Mi mamá, por lo que ahorita está pasando.</p> <p>S. Yo creo que mi mamá o ya no sé, porque ella es muy chantajista.</p> <p>E. Mi mamá porque no ha tenido una vida fácil y son de las cosas que más me entristecen, no se merece la vida que ha llevado, desde chiquita perdió a su papá cuando tenía tres años, mi papá siempre ha sido un alcohólico y siempre le estuvo diciendo es que estás muy gorda.</p> <p>G. Mi hermano Hugo es el más débil, es más noble.</p> <p>An. Siento que yo, porque me dolía todo lo que estaba pasando en la casa, me dolía muchísimo.</p> <p>L. De sentimientos muy débiles es mi hijo porque vivió los últimos años en un tormento.</p>
<p>Identificación con algún miembro de la familia.</p>	<p>V. Yo creo que con Mauricio, porque a mí me gusta ser respetuosa con la vida de los demás, como lo es él, y me gusta brindarle el apoyo a cualquiera de mis hermanos que así lo necesite y he comprobado que así es mucho Mauricio y que a</p>

	<p>parte de la riqueza mental y material que puedas tener, yo creo que existe una riqueza espiritual y en eso el y yo coincidimos mucho, en que pues dios es muy grande y las cosas tarde o temprano se tiene que solucionar.</p> <p>A. Con mi mamá.</p> <p>B. Con mi mamá, somos de la manera de pensar similar, nuestro carácter es similar.</p> <p>Bl. Siento que me parezco más a mi mamá, en que si mi mamá está en la casa, siempre trata de hacer quehacer, de mantener la casa aseada. Y también en la escuela. Dice que a ella le gustaba mucho estudiar y que le echaba muchas ganas y pues hay más o menos también le hecho ganas y por lo que me cuenta siento que si me parezco a ella en muchas cosas. Yo quiero estudiar algo relacionado en contabilidad por mi mamá, luego voy a su trabajo y si me llama la atención, por que luego le ayudo a hacer algunas cosas y sí me llama la atención.</p> <p>S. Yo creo que con ninguno, todos somos distintos.</p> <p>E. Yo soy más del carácter de mi mamá, o sea cualquier cosita y pum, ay voy pa' abajo. Hay veces que no sé si somos muy nobles o muy pendejos. Mi mamá se desvive, da la vida por cualquiera de nosotros y yo voy por el estilo, también ando procurando que los que me rodean estén a gusto, estén tranquilos, no les falte nada y hay veces que tanto mi mamá como yo dejamos nuestra felicidad y nuestra comodidad y nuestra estabilidad por los demás.</p> <p>G. En sentimientos, en carácter? A mi papá.</p> <p>An. Yo tenía el carácter como mi papá, pero conforme han ido pasando los años se ha ido acabando esa energía, siento que ya no soy como era antes.</p> <p>L. Mi hijo por su carácter es muy sensible, muy sentimental como yo, mi hija tiene el carácter del papá, también le duelen mucho los problemas que tuvimos pero ella no lo da a demostrar.</p>
--	--

DINÁMICA FAMILIAR.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Recuerdos o momentos familiares significativos.	<p>V. Los días de reyes, mis cumpleaños y cuando estaba mi mamá enferma.</p> <p>A. Lo que más gusto me dio a mí en mi vida cuando mi mamá salió del hospital psiquiátrico y aún saliendo ella del hospital tomaba fuertes dosis de medicamento y se la pasaba dormida, a lo mejor también por eso yo no me duermo.</p> <p>Yo fui tan feliz el saber que ella ya estaba conmigo y que estaba bien, a lo mejor por eso yo no caigo, yo no me enfermo así de irme al hospital porque, fue muy difícil, que mi mamá estuviera internada</p> <p>Antes yo me acuerdo que mucha gente decía es que su mamá está loca, o mi abuela me decía es que tu mamá se enfermó por tu culpa y yo me sentía culpable, porque mi abuela me decía, y por</p>

el abuso que tuve por parte de mi abuelo.

Cuando yo tenía 6 años y mi mamá fue la primera vez que se enfermó, yo veía no cuando ella quería romper los vidrios con el puño, cuando se quería cortar las venas, o cuando se tomaba muchas pastillas, entonces yo siento que todo eso se te queda muy fijo.

B. No tengo ninguno presente (NEGACIÓN)

Bl. Cada momento que cada quien cumple años, mi papá nos compra un pastel, nos la pasamos muy bien, se calman las cosas y casi ya no hay tantos problemas, ya no hay tantas discusiones aunque sea un día.

Mi fiesta de quince años fue muy significativa.

S. ¿Recuerdos bonitos? Ver a mis papás juntos.

¿Difíciles? Cuando sentíamos hambre, cuando estábamos chiquitos, comíamos ya hasta que oscurecía, porque mi papá no trabajaba, estaba enfermo, le dio depresión.

E. Buenos recuerdos he de tener, nadamás que no me acuerdo, se me vienen más rápido a la mente los malos.

De chiquito, mi papá llegaba temprano de trabajar y yo quería jugar luchitas y me aventaba: no espérate. Y son cosas que me dolieron, hay cosas que ni me acuerdo, así tan feas estuvieron que ya ni me acuerdo.

Antes de que mi mamá entrara al manicomio me acuerdo que nos maltrataba, nos gritaba por cualquier cosa, también nos pendejeaba bien feo.

Mi tío, el cuñado de mi mamá que siempre quiso un niño, como que me tenía medio rencor y cuando vivía con ellos me ponía como dos horas parado en una esquina viendo la pared.

Cuando recién se casó mi hermana mi papá me dice: no tienes una idea en la bronca que se acaba de meter tu hermana, yo cuando me casé, a mí me gusta ser libre y ví que esa libertad se truncó, a qué grado he de haber llegado a añorar mi libertad que le llegué a desear la muerte a tu mamá y a los 13 o 15 años que me dijo eso, me friqué horrible.

Otra cosa, me acuerdo, cuando jugaba béisbol, era un torneo de las elecciones entre todas las ligas para irnos al nacional y mi mamá no me podía ir a ver porque estaba trabajando, mi papá me dijo que se iba a hacer un espacio para ir y no llegó. Cuando llegó a la casa como a la media hora, sabiendo mi papá que era un partido muy importante para mí y que yo la verdad necesitaba que alguien me fuera a ver y me fuera a echar porras, mi papá llegó pero hasta las chanclas. Y yo a los 13, 14 años dije: es que no puede ser, o sea, me puse en la balanza, una botella de alcohol, y yo, y mil veces pudo más la botella de alcohol que yo, también me dolió muchísimo.

Otra cosa que me dolió muchísimo fue que un día habían tenido un pleito mis papás y mi mamá me dijo, lo que pasa es que yo le fui infiel a tu papá y también mi papá me ha dicho que le ha sido infiel a mi mamá y son cosas que yo no necesito saber.

Antes los días del padre en mi casa eran bien padres porque

estaba ahí en la casa, hacer una carne asada, no salir, iba toda la familia y pues de pronto así, que tu vida cambie así pum, rapidísimo y que tengas que salir de la casa para ir a ver a tu papá. Lo ví muy solo y me dio mucha tristeza a pesar de todas las cosas.

An. Antes de que mi papá se fuera con la mujer con la que vivió tantos años era diferente, nos acostaban y se ponían a bailar mi papá y mi mamá diario, yo los veía como bailaban, como se besaban, como se acariciaban, como si fueran novios.

Pasaba mi papá por mi abuelita y nos íbamos al cine, ella se encargaba de cuidarnos y mi papá y mi mamá como novios en el cine, besándose, acariciándose, era muy bonito eso y luego dale ese cambiazo tan feo, muy radical, por eso me dolió más a mí, yo soy la mayor. Antes mi papá no nos pegaba.

Yo no recuerdo una navidad, un año nuevo con mi papá y eso para mí es muy triste, cada que se tienen esas fechas, recuerdo eso y me duele mucho.

Mi mamá oyó que le dijo mi papá a mi abuelita que él se quería casar con la otra mujer y nos echó a todos al patio, roció la... el taller de gasolina, se bañó ella de gasolina y afortunadamente no encontró los cerillos, si no mi mamá se arde completa. Decía mi mamá que ella se iba a morir sin mi papá, que lo quería mucho. Mi papá llorando y de rodillas le pidió perdón a mi mamá y a partir de ahí empezó el infierno.

Los recuerdos más bonitos... mi cumpleaños, mi santo, semana santa y los reyes cuando estaba chica porque mi papá acostumbraba a comprarnos buena ropa, buenos juguetes en los reyes.

Yo creo que nada me gustaba de mi familia, después de que pasó todo lo que te conté yo creo que nada porque eran muchos pleitos.

Mi hermana Yaki tuvo un aborto, se estaba volviendo loca, decía que el niño la estaba llamando, yo sentí horrible.

Cuando se enfermaban mis hijos también eran momentos, yo padecí mucho por la manera de beber de mi esposo, fueron muchos años, eso se le vino quitando una vez que se puso muy grave.

Los momentos más felices de mi vida son cuando nacieron mis hijos, yo sentía un pedacito de Dios en cada uno de ellos.

Uno muy feo cuando nació Marcos porque me dijeron que había nacido muerto, yo sentía la muerte.

Otro momento que recuerdo pues cuando era cariñoso mi esposo conmigo, es muy raro pero si llegaba a ser cariñoso, si íbamos por ejemplo a una fiesta, tomábamos los dos, él más que yo, pero sentía yo su amor y eso me hacía sentirme feliz.

Cuando mi esposo estuvo tres años enfermo, yo compraba pantalones viejos en Tepito, en la bola, yo tenía que trabajar mucho para poder sacar algo para comer, para pagar médico de mi esposo, medicamentos. Yo ya tenía depresión, pero en ese entonces no me importaba yo, me importaba él.

	<p>L. No me acuerdo de mi infancia, así me acuerdo de destellos, feliz entre comillas.</p> <p>La abuela muere hace cuatro años, entonces se vino a desbaratar la familia entre comillas, tanto de origen como mi familia de matrimonio. Se muere mi abuela y a los seis meses mi marido me empieza a presionar con relación a la herencia.</p> <p>Quien determinó que lo corriera fue mi hijo. Para él lo mismo, era una sensación de angustia, de temor, de miedo, no lo dejaba ese fantasma. Estoy dañando a mi hijo, yo ya no puedo estar más dañada.</p> <p>Yo tengo un remordimiento, una sensación de... mi hijo no me hubiera dicho nada, ya me arrepentí, es el amor de mi vida, pero no podía ya seguir así.</p>
<p>Relación disfuncional y/o destructiva entre los padres.</p>	<p>B. Mi papá es muy posesivo y mi mamá es muy buena gente, le gusta ser libre. Es como alma que lleva el viento, casi nunca está en la casa. A él no le gusta eso, le gusta tenerla aquí bajo su dominio. Mientras ella hace lo que él dice se llevan bien.</p> <p>Bl. La relación entre mis papás la considero mal, casi siempre se la pasan discutiendo por cualquier cosa. No hay comunicación, siento que mi papá no entiende a mi mamá, no le dice las cosas a ella, me las dice a mí, así como diciendo: díselas a tu mamá. Mi mamá si le dice a mi papá todo lo que no le parece. Me lastima la forma en que luego la trata, luego sí siento que le falta al respeto, se burla de ella.</p> <p>E. Yo oía a mis papás gritarse, decirse de majaderías.</p> <p>An. Fue mi mamá leal con la ilusión tonta de que mi papá regresara con ella, cosa que no se hizo. Era muy feo que llegara mi papá a la casa y empezaran a pelear, a insultarse el uno al otro y a golpearse, porque los dos se golpeaban y yo como la mayor de cinco hijos me metía en medio de los dos para separarlos, me tocaban a mí los guamazos también.</p> <p>En una ocasión mi mamá se puso a tomar de la decepción de mi papá, llega él en la noche y la vio como estaba borracha, le pegó, la tiró en el suelo, la pateó.</p> <p>En otra ocasión mi mamá estaba recién operada de un ojo, traía su parche y también le pegó mi papá, le pegaba en la cara y le rebotaba la cabeza en la pared.</p>
<p>Relación disfuncional y/o destructiva con la pareja.</p>	<p>An. Cuando él llegaba tomado no me molestaba a mí, yo era la que parecía perro ladre, ladre y ladre y él callado.</p> <p>Cuando me fui a quedar a casa de mi hermano, me fue a buscar mi esposo y me dijo ¡Eres peor que una puta!, mi hijo Eduardo que estaba ahí me dijo que me callara y por él me calle.</p> <p>L. Mi matrimonio fue desde un principio un tormento. Desde que me casé era un alcohólico, pero llegó el momento en que a mí me hizo a un lado, yo ya no figuraba en su vida como pareja.</p> <p>Él me decía cosas para hacerme menos, para agredirme, que estaba gorda, que no servía, eso me fue marcando durante treinta años. Siempre me denigró, siempre me hizo a un lado.</p> <p>La familia de mi ex esposo fue disfuncional, trae muchos traumas y siento que no era apto para el matrimonio porque nunca acepta</p>

	<p>a la mujer realmente.</p> <p>Cuando se casa mi hija le dice mi esposo a mi hijo: cómo me gustaría que tu mamá se muriera para yo estar libre.</p> <p>Hubo una comida y delante de la gente me dice que estoy gorda, me empieza a insultar. Nos invitan a comer y le digo: Ya estoy lista, y me dice: Yo contigo ni a la esquina, yo ya no figuraba en su mundo.</p> <p>Lo invité a comer y yo ahí llorando, suplicando, perdoname, ya no lo voy a volver a hacer, ya regresa, te quiero.</p> <p>Un viaje a las Vegas fue la muerte, desde que nos subimos al avión hasta que regresamos. Estábamos sentados cenando, pide una sopa y le vacía todo el frasco de pimienta, toda completa y me dice: Trágatele y yo por no cometer un problema más fuerte delante de mi mamá, de mi hermana, de dos amigas y de mi abuelito me la comí y él: Jajaja, diciendo, ya ves como la traigo aquí, como la traigo cerrada del puño. Son ofensas muy dolorosas para mi autoestima, para mi valoración.</p> <p>Yo sé que él me quería a su manera, él está muy dolido porque yo lo corrí y le cambié las chapas.</p>
<p>¿Qué desearía cambiar de su familia?</p>	<p>B. A mi papá, su manera de beber, su necedad. De mi mamá que no tiene carácter, que tuviera más carácter.</p> <p>S. Lo enérgica que era mi mamá, de que no nos dejaba salir. Yo me divertí hasta que me casé, sentí la libertad hasta que me casé.</p> <p>E. Hay algunas cosas que mis papás pudieron haber evitado y que no me pudieron haber hecho tanto daño.</p> <p>No me gustan muchas cosas. cambiaría la hipocresía y el ser tan malagradecido de parte de mis abuelos con mi mamá, ella se desvive por ellos y no se han dado cuenta de que descuida a su propia familia para cuidarlos a ellos, y yo me siento solo.</p> <p>G. Que me quisieran.</p> <p>An. Hubiera cambiado la actitud de mis papás, me hubiera gustado que hubiesen seguido unidos como los veía yo cuando estaba más chica. Me hubiera gustado pasar las navidades y los años nuevos con mis padres.</p>
<p>Mejor relación con alguien de su familia</p>	<p>B. Con todos me llevo igual, yo creo que me llevo mejor con mi mamá.</p> <p>S. Sin embargo con Lola siempre me llevé bien, el día que se casó yo la extrañé mucho porque me quedé sola, siempre estábamos juntas, era con quien me llevaba mejor.</p> <p>An. Con mi hermana Yaki era con la que mejor me llevaba.</p>
<p>Relación negativa con algún hermano.</p>	<p>V: Con Mariano siempre había tenido una buena relación, pero a partir de que supo que me iba a casar o que estaba embarazada, las cosas cambiaron radicalmente entre el y yo. Yo me sentí como echa a un lado. Durante mucho tiempo él me dejó de hablar y en dos o tres ocasiones expresaba su sentimientos a partir de determinadas frases, yo sí sentía muy feo porque decía: bueno, si has estado conmigo durante los 17 años anteriores, porque a partir de ésta edad, de esta etapa en mi vida ya no puedes estar; era algo que me dolía, que me lastimaba.</p> <p>B. Con mi hermana no me llevo muy bien, somos muy diferentes,</p>

	<p>de forma de pensar, tiende mucho a marcarme las cosas: es que deberías de pensar así, hacerle así y no me baja de necia, de tonta, eso me molesta.</p> <p>S. También llegué a sentir algo feo por mi hermano el mayor, no lo toleraba, sí llegue a decirle en mi adolescencia: Ay ojalá te murieras maldito seas. Él era muy fregón, siempre le gusta estar molestando a las personas.</p> <p>G. Mis hermanos me pegaban mucho de chiquita. Mi hermano Hugo me daba unas golpizas y mi hermana Yaki le gritaba: ¡Mátala, mátala, acaba con ella!, entonces pus sí sientes un cierto rencorcillo por eso.</p> <p>Mis hermanos decían que mi papá nunca quiso que yo naciera, por eso todos me hicieron menos y siempre que peleaba con mis hermanos era lo que decían, nunca me trataban como hermana.</p> <p>Yo sentía un cierto rencor hacia mi hermana Yaki por lo de mi novio que fue mi esposo.</p> <p>An. Me llevaba mal con Gabriela, la más chica, porque era muy terca.</p>
Relación simbiótica con algún hermano.	<p>L. Siempre estábamos primaria, hasta la secundaria juntas, en la prepa nos separamos, pero seguíamos con esa unión muy fuerte, pero ella dominio conmigo, yo creo que era la dependencia, para que yo me sintiera segura, el miedo de no sentirme aceptada por los demás, yo dependía de lo que mi hermana me decía. Ella por su forma de ser, le gustaba mucho ser el centro de atracción, yo callada.</p> <p>Recién casada me la pasaba junto con mi hermana en casa de mi mamá o en mi casa pero siempre juntas.</p>
Distanciamiento de algún miembro de la familia.	<p>S. Eduardo se distanció porque está loquito, siempre ve moros con tranquete, dice que no aceptan a su pareja. Se fue de la casa hace muchos años porque no le parecían las reglas. El coraje a mis papás es que un día su pareja se quiso suicidar, desesperado les habló a mis papás de una clínica donde estaba ella para que lo fueran a apoyar y ellos no fueron.</p> <p>Rubén también está distanciado, pero siempre ha sido así, desde chiquito, siempre fue alejado, es el segundo y siempre fue muy distinto a nosotros, su carácter es muy feo, mal geniuado y luego con úlceras, peor tantito, ya después creció y como que se avergonzaba del lugar donde vivíamos (en Tepito), nunca llevó una amistad a la casa.</p>

ROL DE CRIANZA ALTERADO.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Su crianza estuvo a cargo de un hermano, pariente o alguna otra persona distinta a los padres.	<p>V. Quién se encargo de educarme y criarme fue mi mamá y mi hermana Susana, ella fue la que me cambiaba, me bañaba, me peinaba, la que me sacaba a dar la vuelta, me daba de comer.</p> <p>E. Desde que yo nací había una nana ahí en mi casa, mi mamá todo el día en el trabajo, mi papá pues en su trabajo y en sus ondas.</p>

	<p>L. Quien se encargó principalmente de educarme fue mi abuelita, porque mi mamá quedó viuda, nosotros nos quedamos con la abuela y después de nueve años se casa i mamá y vuelve a quedar separada, se divorcia al año y vuelve otra vez, nosotros nos quedamos con la abuela viviendo.</p>
<p>Se encargó de la crianza o cuidado de al menos alguno de los integrantes de la familia (madre, padre, hermano)</p>	<p>V. En realidad la que se hacía cargo de mi mama era yo. Yo aprendí a cocinar teniendo 8 o 9 años, al pendiente del horario con la medicina mi mama, siempre estaba al pendiente de su salud. Al pendiente de cómo te sientes mamá, qué necesitas, tienes calor, ya tienes cansados tus pies, te paso tu abanico, tienes hambre, o sea siempre era estar casi casi intentando leer sus pensamientos para que mi mama no padeciera.</p> <p>A. Cuando mi mamá se enfermó yo sentía la responsabilidad de cuidar a mi hermano, él tenía 2, 3 años. Siempre lo ví como un hijo aunque nomás le llevaba 4 años.</p> <p>S. Desde que me acuerdo que tengo uso de razón, mi mamá tenía hijos y yo y Lola a lavar pañales, a encargarse de los uniformes, a hervir café, leche, traer el pan, nos mandaba al mercado, nos repartía la ropa para plancharla y no nos dejaba salir hasta que hiciéramos lo que nos dejaba. Yo no digo que mi mamá no se haya fregado, pero también a nosotras. Yo a los 11 años ya les daba de comer a mis hermanos.</p> <p>Vicky (su hermana menor) era mi hija, esa fue otra responsabilidad que yo asumí, lo hice con amor, porque yo a ella la quiero como si fuera mi hija, pero que mi mamá muy contenta igual me lo dejó.</p> <p>G. Yo era la que e lavaba la ropa a mis hermanos, era la más chica y mi mamá me obligó desde chiquita a lavarles la ropa a los dos.</p> <p>An. Mi mamá nos dejaba el paquete a nosotros en muchos aspectos, era muy flojita. A Yaki y a mí que éramos las más grandes, nos hacíamos cargo de mis hermanos, de lavar. A partir de que nació mi hermano el más chico, siempre se quejó de que le dolía su vientre y pus decía ella que por eso no hacía las cosas y nos dejaba todo a nosotras.</p>

RELACIÓN CON LA MADRE.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
<p>Refiere estar apegada a la madre.</p>	<p>V. Yo siempre fui mas apegada a mi mamá, siempre estaba mas al pendiente de ella; mi papá trabajaba todo el día y mis hermanos pues iban a la escuela o a trabajar, pasábamos mucho tiempo mi mamá y yo solas.</p> <p>Va. En sus dibujos y las fotos que tenemos, ella siempre se pone en medio de nosotros dos y muy apegada a mí, está recargada hacia a mí y me dijo la psicóloga aquí se ve el apego.</p>
<p>Temor a la pérdida real o simbólica de la madre.</p>	<p>V. Yo me sentía intranquila desde que yo era niña y era una intranquilidad porque no era tristeza, era un miedo a que a mi mama le pasara algo.</p>

	<p>Cuando yo le hablaba a mi mamá que estaba dormida y no despertaba o no se movía, yo creía que mi mamá estaba muerta y me entraba un terror grandísimo.</p> <p>Cuando yo tenía 3 o 4 años, estaba la cama de mis papás y mi cama en el mismo cuarto, entonces mi mamá tenía que darme la mano para que yo pudiera quedarme dormida, pero cuando yo reaccionaba en la noche y no sentía la mano de mi mamá yo sentía que mi mamá ya estaba muerta, siempre fue una angustia tremenda.</p>
<p>Se experimenta tristeza cuando la madre se aleja físicamente.</p>	<p>V. Cuando mi mamá se iba, con unos de mis tíos yo me sentía súper triste, súper mal, yo tenía 4 o 5 años mas o menos.</p>
<p>Madre absorbente dominante. La madre desea que su hijo le dedique gran parte de su tiempo y su vida a ella.</p>	<p>V: Mi mamá esperaba que me dedicara mucho a ella, o sea, gran parte de mi vida que la dedicara a ella, que no le quitara la atención de encima jamás.</p> <p>G. Aún casada yo seguí viviendo con mi mamá por tonta quizá o por buena hija, le tenía miedo. Mi primer esposo hacía todo lo que mi mamá decía. Cuando éramos novios lo obligaba a ir por mi hermana Yaki al trabajo y sólo así me dejaba verlo media hora.</p> <p>Para mí mi matrimonio fue mi noviazgo y aún casados se metía, mi mamá su cama aquí y la cama de nosotros aquí, mi mamá oía un ruido y se paraba, no me dejaba hacer vida de matrimonio. Mi esposo me decía: ¿Vamos al cine? Y mi mamá ya estaba en la puerta y lo agarraba del brazo e íbamos a ver la película que ella quería. Para mi mamá mi esposo era su marido.</p>
<p>Refiere una relación negativa con la madre.</p>	<p>S. Cuando era joven sentía mucho rencor hacia mi mamá porque hizo mucha diferencia con mi hermana Lola y con todas las demás, ella siempre fue su preferida.</p> <p>Llegó el momento en que yo no toleraba a mi mamá, no la podía ver ni en pintura y llegué a decirselo, que yo no la quería. Llegué a sentir algo feo por mi mamá.</p> <p>¿Sabes qué me alegraba mucho? Que me pegaban y no lloraba por no darle gusto a mi mamá. Mi mamá nos acusaba con mi papá y él nos pegaba.</p> <p>Mi mamá no quería que me casara, me decía que qué iba a hacer la niña sin mí, me chantajeaba con eso, me sentía yo culpable, mal. Me dejó de hablar mucho tiempo. Ella era muy déspota conmigo.</p> <p>Y ahora que mi mamá me abraza, me dice que me quiere, no es que no me guste, es que o siento extraño porque ella nunca fue así con nosotros, mi papá tampoco. A lo mejor como éramos tantos hijos no nos podía dedicar a cada uno el tiempo que hubiéramos querido, mi mamá que yo recuerde jamás nos hizo una caricia.</p> <p>G. Con mi mamá siempre he peleado, siempre chocamos porque ella dijo que yo me parecía a mi papá y como mi papá la dejó se desquitaba conmigo; yo qué culpa tenía. Me acuerdo mucho que cuando mi papá nos dejó yo me quería agarrar de mi mamá y ella</p>

	<p>me corría. Tengo mucho rencor hacia mi mamá. Mi mamá decía que yo era una guevona, a mí siempre me gustó hacer el aseo de la casa.</p> <p>Cuando mi papá se fue mi mamá fue peor conmigo porque siempre dijo que me parecía mucho a mi papá, que tenía todo el maldito carácter de mi papá.</p> <p>Mi mamá es feliz cuando yo estoy enojada con mi esposo, ella goza. Ahora de vieja yo le dije a mi papá: yo pienso que mi mamá quiere que yo sufra lo que sufrió ella cuando tú a dejaste... le mete chismes a mi esposo para pelear conmigo. Yo pienso que mi mamá quiere que mi marido me deje, que no sea yo feliz, desde chiquita yo veo que mi mamá no quiere que yo sea feliz, me pegaba por hombrona.</p> <p>Mi mamá dice que yo siempre soy su hija, para ella no soy casada. Hace como ocho años me quería pegar, le digo estás equivocada, ya no te pertenezco y eso le dio mucho coraje, lo que ella quisiera era seguirme mandando, seguirme gobernando como estaba acostumbrada.</p> <p>Mi mamá con todo el mundo me pone en mal, aquí a los vecinos les dice que no le doy de comer, que la tengo muerta de hambre.</p>
Refiere una relación positiva con la madre	<p>B. Con mi mamá me llevo mejor, me adapto más con ella.</p> <p>E. Mi mamá es un amor y se desvive y todo. Me llevo mejor con mi mamá.</p>

RELACIÓN CON EL PADRE.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Apego al padre – idealización	<p>S. Yo a mi papá nunca le tuve coraje, mi papá era mi adoración.</p> <p>G. Yo quiero más a mi papá que a mi mamá, me siento muy apoyada por él. A mi mamá siempre le pegaba pero nunca delante de nosotros, siempre nos sacaba al patio. Él se fue de la casa, nos dejó por una mujer con la cual tuvo tres hijos. Yo le lloré, yo le decía que me quería ir con él.</p> <p>Mi papá me trataba como su hija, nunca recibí nada malo de él.</p> <p>An. Si nos quería a todos pues, pero si tú quieres yo era más efusiva, más cariñosa con él y pus había más acercamiento entre nosotros”.</p>
Relación destructiva	<p>E. Mi papá siempre ha tenido problemas con el alcohol, pero era un alcohólico agresivo, hiriente.</p>
Relación negativa	<p>B. Con mi papá me llevo a veces bien y a veces mal, él es una persona muy difícil. Cuando está en su juicio está tranquilo y cuando está cooperativo me llevo bien, pero cuando está como siempre, con sus alcoholes, cuando está de impertinente y de malas, o cuando yo estoy en un plan de no soportar a nadie, no me llevo bien, pero casi siempre nos sobrellevamos. Lo tolero un rato pero nadamás.</p>
Relación distante	<p>E. Mi papá y yo nunca tuvimos una comunicación, de pedirle un consejo, de platicarle, de hablarle, nunca. Siempre nuestra</p>

	relación fue de puras cosas triviales. O sea, una relación padre – hijo de apoyo nunca hubo.
--	--

ROL O LUGAR QUE OCUPA DENTRO DE SU FAMILIA.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Considera tener un lugar importante dentro de su familia	<p>V. Yo creo que desde que nací, he ocupado el lugar de la consentida, de la chiquita a la que todo el mundo quiere proteger, en la que todo el mundo tenía la mira, en la que todo el mundo tenía determinadas expectativas.</p> <p>Bl. Yo me siento importante para mis papás.</p> <p>E. El responsable, el serio.</p>
Considera tener un lugar poco importante dentro de su familia	<p>B. La loca, dicen mi papá y mi mamá, porque si hay algún problema yo me aíblo, lo evado, por eso dicen, no con esta loca no contamos.</p> <p>S. Pues el lugar de tantos hijos, pero claro que no el del predilecto. Yo siento que a mí se me empezó... a tomar en cuenta... a partir de que me casé, no ni de que me casé.</p> <p>Rubén es otro de los hijos predilectos de mis papás, está enfermo y lo van a ver y no importa hasta donde viva.</p> <p>G. El último y es algo que todavía me duele demasiado.</p> <p>An. Yo me sentía el patito feo porque mi mamá hacía mucha diferencia entre, sobre todo de los tres mayores, que éramos yo, Yaki y mi hermano. A mi hermano le decía el gatito por los ojos verdes, a mi hermana Yaki le decía la divina garza porque era bonita y a mí simplemente la flaca, así es que yo me sentía el patito feo de la familia.</p>
Se siente en desventaja con respecto a algún hermano por el favoritismo de los padres.	<p>Bl. Antes mi mamá me comparaba mucho con mi hermano, luego no me daban atención, luego ella estaba platicando conmigo y llegaba mi hermano y me dejaba con la palabra en la boca y me decía: es que tú no necesitas atención y tu hermano va mal en la escuela. Yo siento que dice que él es mejor que yo.</p> <p>S. Dice mi mamá que cuando yo era chiquita, pues fui la primer mujer, ella deseaba una niña y era su adoración y la de mi papá, pero yo creo que después llegó Lola, ella era muy amiguera, yo era muy especial, a mí todo el mundo me caía mal.</p> <p>G. Yaki era la divina garza, así le decía mi mamá, mi divina garza, cuando ella llegaba de trabajar a ella ya le tenía la comida y agua para sus pies porque llegaba muy cansada, todas las comodidades para ella.</p> <p>Nomás teníamos dos camas, la cama de los hombres y la de las mujeres, yo me dormía en los pies y entonces tú de niña te estiras y mi mamá me pellizcaba que porque le pegaba adrede a mi hermana y me levantaba unos moretones y me decía: ¿para qué le pegas a tu hermana si ella te está manteniendo?.</p> <p>L. Yo siempre estuve en competencia con mi gemela, cuando uno es gemelo es una situación totalmente diferente a cuando uno tiene hermanos, porque desde el vientre de la mamá sufre el ser humano porque siempre hay una que tiene más poder y yo</p>

	<p>siempre me vi hasta cierto punto opacada, o con miedo, yo era callada, la que siempre estaba a la sombra de mi hermana. Mi hermana era muy feliz, ella era muy segura de sí misma, muy coqueta. Yo era muy rebelde, no quería usar brasier, mi hermana siempre andaba como muñequita. A mí no me gustaba vestirme como mi hermana, ni a ella tampoco a pesar de que había esa unión tan fuerte.</p> <p>No había distinciones, había permisos para las dos, lujos para las dos, había el mismo trato y el mismo cariño. Mi hermana era la consentida de mi abuelo, pero yo era la consentida de mi abuela, mi mamá trabajaba todo el santo día, cuando nace mi hermano, lógico que mi mamá lo protege, entonces cada quien tenía su consentido, entonces en realidad éramos los consentidos de todos.</p>
Refiere ser la o el preferido de alguno de los padres.	<p>Bl. Por parte de mi papá, dice que él me quiere más a mí, yo digo que no.</p> <p>E. De mi mamá soy el consentido.</p> <p>G. Cuando mi papá llegaba, yo corría, me le abrazaba del brazo y me sentaba en sus piernas y a mis hermanos él los corría. Cuando nos compraba pastel, todos le guardaban su rebanada y no se las comía, me la daba a mí a escondidas y de la mía si comía.</p> <p>An. Me demostró mi papá que me quería más a mí que a esa mujer y eso me dio mucho gusto, yo lo quería mucho a mi padre y él a mí, o sea, si nos quería a todos pues, pero si tú quieres yo era más efusiva, más cariñosa con él y pus había más acercamiento entre nosotros.</p>
Siente que ocupa un lugar privilegiado para sus padres y eso genera recelo en algún hermano (a)	<p>V: Con Ana, antes, pues como yo fui la que vino a derrocarlo el puesto de la mas chica me odiaba, me detestaba.</p>
Considera que su rol o lugar ha cambiado a partir de algún evento particular.	<p>V. Después de que me casé, siento que ocupé el lugar de la más tonta de todas, la: ay pobrecita, la ay como sufre, ay cómo va a sufrir, todo lo que va a padecer, o sea la compasión antes que todo.</p>

APEGO A LA FAMILIA DE ORIGEN.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Se incluye a la familia en gran parte de las actividades o decisiones.	<p>V. Todos los sábados me voy con mi mama, si puedo, desde el viernes me voy par allá, me quedo con mi hermana Ana y ya me estoy allá todo el sábado o me voy el sábado y me quedo allá y me regreso el domingo. Por lo regular me quedo en casa de Ana, apenas va una ocasión que me quedo con mis papas.</p>
Hay dificultad en la independencia física o emocional.	<p>L. No vivimos aquí siempre, vivíamos a tres cuadas en una casa que es de mi mamá, pero yo me la pasaba aquí (en casa de su madre).</p>

TIPO DE EDUCACIÓN.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Educación conservadora, restrictiva, con valores tradicionales.	<p>G. Mi novio quería sacarme de la casa por lo que me hacían y yo tenía miedo, yo quería salir bien de la casa, como es toda señorita, en mi pensamiento fue salir de blanco de la casa. Me llevó a casa de mi tío y mi tío le reclamó a mi mamá, le dijo que yo tenía que estar en la casa como mujer. Yo decía que si me iba a la calle me iba a hacer una mujer de la calle.</p> <p>Me dejé de hablar una temporada con mi papá, quizá porque yo andaba en malos pasos, andaba yo con otra persona, pero para mí no eran malos pasos, pero para él sí porque pues ya yo casada.</p> <p>Vas, te confiesas, te dicen que al esposo le debes e hacer caso, a tu mamá ya no y entonces ¿para donde te vas?.</p> <p>An. En una ocasión que me pelee con mi esposo fui a la catedral, me vio el padre, le platiqué y me dijo: ¿Qué piensas hacer? Me voy a ir a casa de uno de mis hermanos. Me dice: ¿No te vas a ir con ningún hombre? Le digo no padre.</p> <p>Mi papá me dijo: Sé que te saliste de tu casa, de antemano te digo que eso está muy mal hecho, una mujer nunca se debe de salir de su casa, mira aquí estás tú y aquí está Mariano, tú nunca te vas a igualar con Mariano porque él está por encima de ti. A mí eso me tronó. Si se volviera a llegar otra ocasión como esta, yo voy a arreglar las cosas contigo y tu marido.</p> <p>A. Allá es lo que dice mi papá, para el dinero inclusive, lo que el dice, en eso se distribuye el dinero. Yo recuerdo cuando estaba chica yo le dije ay cuando yo me case, cuando yo tenga un marido, quiero que mi marido lo que yo diga eso se haga, y entonces ella me dijo pues qué feo matrimonio porque entonces tu no vas a tener el apoyo de un hombre y yo no lo veo así.</p>
Educación estricta y enérgica.	<p>S. Mi mamá fue muy enérgica, más que mi papá y siempre se hacía lo que ella decía. Siento que nos cargó mucho la mano, que nos dio muchas responsabilidades que no nos correspondían.</p> <p>An. Considero buena la educación que me dieron, fueron enérgicos conmigo.</p>
Dentro de la educación se incluía el maltrato físico.	<p>S. A mí sí me pegaron mucho porque fui bocona, no me dejaba.</p> <p>G. Mi mamá siempre me pegaba a mí por rezongona.</p> <p>An. Mi papá me decía: búscame un palito, ya sabía que cuando decía eso, aguas, porque era ponerme de palos como no te das una idea. Total que ya le di el palo, me pegó hasta cansarse, yo pues metía las manos en las pompas para que no me doliera, pa' que no me pegara y me decía: ¡Quita las manos porque te las voy a hacer bistec!. La sala tenía una madera grabada, despegó mi papá la tabla con esa me dio también, me amarró las manos para que no las metiera y estando tirada en el suelo me golpeó despiadadamente, fue una paliza que me dio que me oriné, casi me desmayo, imagínate si alguien puede ser feliz con una vida así.</p>
Educación encaminada a logros	<p>V. Yo creo que fui educada para ganar, para siempre sobresalir, para jamás quedarme callada ante nada ni ante nadie, o sea</p>

personales.	siempre el: tú puedes, tu puedes, tu puedes y mi mamá hasta le fecha me lo dice y es como un lema que tengo: yo no vine a ver si puedo, sino porque puedo vengo, y hasta le fecha lo sigo diciendo.
Se refiere satisfecho con la educación que le brindaron.	Bl. Me han educado bien, me han enseñado los típicos valores, que el respeto y todo eso. E. De la educación yo no me quejo porque no estoy ni estoy metido en broncas, ni metido en drogas, no tomo, voy muy bien en la escuela, tengo buenas bases de educación, soy responsable. L. Considero haber recibido una buena educación porque tenemos los valores, los principios los tenemos bien fundamentados, bien esclarecidos y siento que fue una educación enérgica, buena.

CLIMA PERCIBIDO DENTRO DE LA FAMILIA.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
De intromisión y poco respeto.	V. Si pudiera cambiar algo, cambiaria el poco respeto que hay entre la vida de unos y otros. Las cosas se dicen de uno a otro y se va haciendo así como teléfono descompuesto y cuando llega a oídos de determinada persona ya esta totalmente al revez.
De distanciamiento o separación.	V. Cambiaría un poquito más la unión, porque físicamente nos reunimos seguido, pero emocionalmente, creo que estamos totalmente separados.
Refiere carencias afectivas.	E. No te voy a decir que haya habido carencias de cariño en la casa y si las hubo, de parte de mi papá mi mamá las compensaba.
De poca comunicación	Bl. Luego no les puedo decir qué es lo que me lastima que tienen ellos hacia mí. Lo que más me lastima es que entre ellos no haya comunicación y que mi papá me diga todo a mí.
De violencia y/o agresión física o verbal.	E. Yo desde chiquito crecí entre mentadas de madre, entre gritos, insultos, humillaciones. Y crecí también entre promesas de mi mamá de que se iba a divorciar de mi papá. Entonces vas creciendo con una perspectiva de la familia medio disfuncional. Mi papá nos humillaba a mi hermana, a mi mamá y a mí.
Armonioso y de unión.	S. Lo que más me gusta de mi familia es la unión. No hay nada que me disguste.

EXPECTATIVAS FAMILIARES.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Las expectativas familiares son sentidas como algo incómodo.	V. Ay pues han sido muy fuertes, muchas han sido un lastre muy grande. La mayoría de las expectativas del tú puedes, tú estas apta, tu puedes dar el mil por ciento en muchas ocasiones me duele y digo ya basta, estoy a punto de tirar la tolla y déjenme en paz, déjenme vivir mi vida. S. Yo creo que esperaban mucho, mi papá es de los que piensan que los hijos tienen que remunerar algo de lo que les dieron.

	<p>Ya no quise estudiar porque se me hizo muy pesado, ¿sabes qué traía yo? Diego estaba en tercero, Rubén en segundo, yo entré a primero, íbamos en la misma secundaria, entonces ellos eran así como que los súper inteligentes, ellos puro diez y tú sácate un siete ¡Ay en la torre!. Los amigos de mi hermano me decían: No es posible que uno de ustedes haya tronado una materia. O sea, yo traía la etiqueta de mis hermanos, de que todos podían y legué el momento en que dije no ya no quiero y me bloquee y ya no quise.</p> <p>L. Al morir mi padre le dice a mi abuelo, le encargo a mis dos hijas, quiero que estudien en el Colegio Alemán. Para nosotros fue un martirio durante nueve años ir al Colegio Alemán porque había mucho racismo, diario llorábamos para ir al colegio pero fue una ley porque fue decisión de mi papá.</p>
<p>Las expectativas familiares le han servido de motivación.</p>	<p>V. A veces han sido un salvavidas, algo que me saca a flote. Si han sido un gran impulso en determinados momentos y un gran sostén.</p> <p>E. Me tienen mucha fé, me tienen en buen concepto porque les he demostrado que sé separar los problemas de mis actividades para mi beneficio, en la escuela yo empecé a salir bien. Cuando yo entré a medicina le prometí a mi papá: Voy a intentar ser el mejor, tal vez no de la generación, pero sí de mi clase y lo logré. Yo sé que tienen grandes expectativas en mí. A parte yo tengo la presión de saber que mi abuelo es un súper tipazo y reconocido y que mi abuela también y mi mamá pues también, mi prima puros dieces y me queda la presión de que no me puedo quedar atrás.</p>
<p>Trata de empatar las expectativas familiares con las propias.</p>	<p>V. Independientemente de sus expectativas tengo las propias y a partir de esas expectativas tanto de ellos como las mías me he podido dar cuenta de todo lo que puedo alcanzar, pero también de todas mis limitaciones.</p> <p>Bl. Que logre terminar mi prepa y que sea realmente lo que me proponga, mi universidad, trabajar y ya.</p> <p>Mi papá espera que sea mejor que mi hermano, que no lo defraude en cuanto a la escuela. Sí me he sentido un tanto comprometida.</p> <p>Mi mamá espera lo mismo de mí, les importa mucho la escuela.</p>
<p>Supone que sus padres no desean que siga su modelo.</p>	<p>B. Yo creo que mis papás esperan que no viva lo que ellos han vivido de malo, tanto económicamente como en todos los sentidos, que encuentre alguien que me quiera, con el que viva y haga una buena familia. Mi mamá yo creo que quiere para mí una estabilidad en una familia bien.</p>
<p>Refiere que no hay imposición de expectativas</p>	<p>Va. Espero que sea feliz, que sea auténtica, que sea ella misma, pero tampoco que pase sobre los demás. Yo la expectativa más grande que tengo de ella es que sea feliz como sea su concepto de felicidad. Le diría las consecuencias que podría tener y ya ella decidiría hacerme caso o no, que ella elija su propio destino.</p>

PADECIMIENTOS FRECUENTES EN LA FAMILIA.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Enfermedades del hígado y/o vesícula biliar	V: Mi mama, estuvo enferma de la vesícula, del hígado la operaron de emergencia. L. Mi ex esposo está enfermo del hígado.
Enfermedades del riñón y/o vejiga	V. Mi mamá, estuvo enferma de los riñones A. Vías urinarias S. A mi papá lo operaron del riñón. E. Mi papá está enfermo de los riñones L. Mi ex esposo está enfermo de los riñones, tiene pielonefritis cónica.
Enfermedades del corazón y/o intestino delgado	B. Mi mamá se enferma del corazón. E. Mi papá tiene hipertensión. L. Mi ex esposo está enfermo del corazón, de la presión
Otras	V: Mi mama estaba enferma principalmente, siempre de nervios. A. Gripe, infección de las anginas B. Mi mamá se enferma de la presión, de la diabetes. No se trata, si se siente mal va a que la estabilicen, pero regresa y vuelve a seguir con lo mismo. E. Mi abuela tiene diabetes y le dio un infarto.

EMOCIÓN QUE PREDOMINABA ANTES DEL PADECIMIENTO.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Enojo, irritación.	S. Era coraje con mi mamá y con Diego. G. Mi hermano Hugo me daba unas golpizas y mi hermana Yaki le gritaba: ¡Mátala, mátala, acaba con ella!, entonces pus sí sientes un cierto rencorcillo por eso”. Tengo mucho rencor hacia mi mamá. Bl. Antes mi mamá me comparaba mucho con mi hermano, yo siento que dice que él es mejor que yo. Luego no me daban atención (haciendo referencia a ambos padres), luego ella (su madre) estaba platicando conmigo y llegaba mi hermano y me dejaba con la palabra en la boca y me decía: es que tú no necesitas atención y tu hermano va mal en la escuela. B. Cuando está en su juicio está tranquilo y cuando está cooperativo me llevo bien, pero cuando está como siempre, con sus alcoholes, cuando está de impertinente y de malas, o cuando yo estoy en un plan de no soportar a nadie, no me llevo bien”.
Tristeza, Aflicción	An. “luego luego de que él se fue (su padre)y cuando empezaron los problemas”.
Miedo	V. Me daba muchísimo miedo que a mi mamá le pasara algo, me aterraba que mi mamá se muriera, porque siempre fue enfermiza, siempre se quejó de miles de cosas. A. Yo llegaba a al psiquiátrico no me dejaban entrar a ver mi mama, pero a mí me andaba de la pipi, yo no me podía subir al metro porque me orinaba, o sea yo era mucho miedo de muchas cosas, a subirme al metro por ejemplo, a que me encerraran en un

	<p>cuarto, a estar encerrada, pánico, o sea sentía que me ahogaba, me daba mucho miedo subirme a un camión, o sea miedo al encierro miedo al que hubiera gente alrededor y que yo no...o sea aunque no hubiera gente pero a ese encierro e inmediatamente me andaba del baño.</p> <p>Yo me acuerdo mucho cuando no podía pasar una materia sentía miedo</p> <p>L. El miedo más fuerte era a quedarme sola, a no tener una pareja, yo creo que por eso aguanté tanto. Primero mi miedo cuando nací, tengo entendido que yo fui la más pequeña, yo nací primero, entonces yo tengo entendido que yo era la que tenía un miedo a no estar cerca de mi hermana. Siempre estábamos juntas, seguíamos con esa unión muy fuerte, yo creo que era la codependencia para que yo me sintiera segura, el miedo de no sentirme aceptada por los demás.</p> <p>Cuando nace mi niña, a los dos años empiezo a trabajar, le empiezo a quitar responsabilidades a mi pareja, él dijo: bueno, ella quiere tener la batuta igual que el parámetro de la abuelita, tú eres la que vas a administrar todo. Yo me hacía cargo de los gastos, entonces yo siento el miedo a la cosa económica.</p> <p>Yo soy licenciada en Derecho, pero empecé a tener justificaciones para no crecer profesionalmente y me estancué.</p>
Ansiedad / Angustia.	<p>V. Yo me sentía intranquila desde que yo era niña y era una intranquilidad por mi mamá. A parte de que se enfermaba muy seguido si no se enfermaba se inventaba algo, sus platicas siempre eran de enfermedades, entonces pues yo crecí con esa angustia.</p> <p>A. Yo me acuerdo mucho cuando no podía pasar una materia sentía ansiedad.</p> <p>E. Cuando mi papá estaba en la casa, yo siempre estaba bien angustiado porque llegara borracho y nos empezara a decir de cosas. incluso iba en el micro y olía alcohol y me ponía así todo alterado porque me acordaba de todas las cosas que te conté.</p>

PADECIMIENTOS FRECUENTES O ADICIONALES A LA DEPRESIÓN.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
1. Enfermedades del hígado y/o vesícula biliar	V: Tenía como 9 años más o menos comencé con tratamiento psiquiátrico por enuresis (3). Ya viviendo en san Juan de Aragón, después de ya haber estado bastante tiempo estable, me enferme de salmonela (6).
2. Enfermedades que afectan el estómago y/o el bazo	Padecí gastritis y colitis desde que tenía 10, 11 años. (2) Últimamente el dolor de cabeza tan intenso (6)
3. Enfermedades del riñón y/o vejiga	Va. La epilepsia se la detectaron antes de los dos años (6). Estaba iluminando y de pronto me dijo que le dolía la cabeza, tenía ganas de vomitar, se puso transparente, pálida, sus hombros se hicieron hacia abajo, se quedó sin fuerza, un momento después le dio sueño.
4. Enfermedades del corazón y/o intestino delgado	
5. Enfermedades de	Seis meses después se le repitió el mismo cuadro. Me dijo el

<p>los pulmones y/o intestino grueso</p> <p>6. Otras enfermedades o intervenciones quirúrgicas .</p> <p>7. Manifestaciones comportamentales.</p>	<p>neuro que tenía un foco epiléptico en el lado parietal izquierdo y estuvo bajo control desde ese momento.</p> <p>Ya tiene tres años que no le dan crisis epilépticas, nadamás le daban cuando se iba a enfermar o después de que se enfermaba, cuando le bajaban las defensas, pero ya más ligeros.</p> <p>De la garganta, a los tres días de nacida ya se había enfermado de la garganta, le dio fiebre, la llevamos con el pediatra. Los dos primeros años y medio casi cada mes, 40 días, cada dos meses, ya si pasaban cuatro meses y no se enfermaba era raro. Había veces que se terminaba un tratamiento, pasaban tres días y otra vez y así se la llevaba.</p> <p>El dolor de cabeza, desde que tenía como tres años y pico.</p> <p>Ella estuvo con un paidopsiquiatra, la razón inicial fue que cuando llegaba la noche se empezaba así como que a aterrar, le empezaba a entrar miedo y no se quería ir a dormir y empezaba a llorar.</p> <p>Después hacía muchos corajes, se despertaba y era berrear, de que volaba la mosca se enojaba.</p> <p>Terminamos de merendar y no es de irse a su recámara, es de irse a la mía y le digo, hija vete a dormir a tu recámara y ella me dice: pero ahorita vas?, pero me vas a persinar?, pero me puedes sobar la espalda?, pero me puedes tocar la muñeca?, o sea siempre se inventa algo. Entonces muchas veces le digo: Si tu necesitas apapachos, mimos, dímelo, no lo disfraces.</p> <p>A. Desde hace 3 años padezco de las vías urinarias (3) Y frecuentemente de migraña (6) Yo tenía 6 años, empezaba a no controlar esfínteres (3)</p> <p>B. Padecí mucho del estómago cuando tenía ocho años (2). Estaba enferma del hígado (1) y estuve mucho tiempo en tratamiento.</p> <p>Bl. Me operaron a los tres años de una hernia umbilical (6).</p> <p>S. Tuve un aborto como tres años antes de que naciera mi hijo (6).</p> <p>Tengo gastritis (2) desde que mi hijo tenía como tres años.</p> <p>Padezco de los riñones desde los 17 años, tengo pielonefritis, que es una infección crónica de los riñones (3). Me empieza dolor de espalda, me inflamo de las vías urinarias bajas y ya después me duelen mis riñones. Me deja descansar dos o tres años y luego de repente me agarra un año de corridito, aunque esté con tratamiento no cede la infección.. ahorita ya tiene como dos años que no me ha dejado.</p> <p>Tengo migraña, desde hace como cinco años (6). Pero igual, te da un tiempo y te deja descansar, ahorita ya tenía como unos ocho meses que no me había dolido la cabeza, pero ahorita tengo como un mes de que diario, incluso no me deja ya ni dormir. Dice mi mamá que desde los seis años me empezó a doler la cabeza, yo no me acuerdo. De lo que me acuerdo es que me subía al camión y luego luego me mareaba, sentía que mi cerebro me lo hacían así y me tenía que bajar. O alguien fumando, sentía horrible mi cabeza, me daban náuseas. Ahora lo que me duelen mucho son</p>
--	--

	<p>mis ojos.</p> <p>Y de la garganta (6). Quitaron la alfombra de mi casa por mi hijo, porque toda la vida estaba mal, yo andaba mal de la garganta y cada día mi tos era más fea, me costaba más trabajo pararla. Un día, íbamos a mi casa, traíamos un chorro de chácharas, entonces empecé a toser y me empecé a ahogar y no podía yo salirme del coche por todo lo que traíamos encima. Me dio miedo, no a morirme, sino a la gente que se queda, a dejar a mi hijo. (esta sensación de angustia se le repitió varias veces más). Empiezo a oír las cosas lejos. Ya no dormía del miedo.</p> <p>O sea, yo me acostumbro a vivir con algo, el día que mi espalda la siento normal, que no me duele, digo: Ay qué raro, o si me levanto sin dolor de cabeza digo: ay qué rara siento ahora la cabeza.</p> <p>En enero o febrero llevé a mi hijo con el otorrino, le pedí que me viera a mí también, me dijo: usted está peor que el niño, dice que tengo sinusitis, me mandó hacer una tomografía, tengo el tabique desviado.</p> <p>G. Mi problema es mi columna, este brazo que me lastimé. Me imagino que tengo colitis, padezco mucho para hacer del baño (5).</p> <p>Tuve una cirugía de un golpe que tuve, me pegó mi hermano con un palo y me quitaron una bolita, fue en el 78 (6).</p> <p>Supuestamente nosotros decimos que padezco de la presión (4), siento mi cuerpo todo cansado, sin ganas de hacer nada, con frío.</p> <p>An. Hace treinta o treinta cinco años empecé a tener problemas intestinales (5). Me estriña, me soltaba, me dolía el estómago, me inflamaba (2).</p> <p>Me operaron de la vesícula (1) y al año, año y medio me operaron del hígado (1)</p> <p>Padezco de hipertensión (4).</p> <p>Una vez me puse así muy mal y pensábamos que era la loquera y me puse muy mal, muy nerviosa, llore y llore, tiembla y tiemble y me llevaron al psiquiátrico. Me hicieron estudios y todo y me dijeron que tenía epilepsia, después de haberme hecho un electroencefalograma resulta de que pues no fue epilepsia. Después tenía un movimiento de mi pie, este pie no se estaba quieto por nada hasta que me acostaba, a consecuencia de unos micro infartos cerebrales.</p> <p>L. Me enfermé de la tiroides.</p> <p>Gripa, catarro, tos, de las vías respiratorias.</p> <p>Tengo colitis nerviosa.</p> <p>También la cistitis es nerviosa.</p> <p>Soy disléxica.</p>
Ausencia de enfermedades frecuentes	<p>Bl. No he tenido ninguna enfermedad que sea frecuente.</p> <p>E. Hasta eso que no soy enfermizo.</p>

EXPLICACIÓN MÉDICA DEL (LOS) PADECIMIENTO'S ADICIONAL(ES) A LA DEPRESIÓN.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Biológica y fisiológica	<p>S. El urólogo me dijo que la pielonefritis es una enfermedad que nunca va a salir de mis riñones, un tiempo me va a estar dando mucha lata y un tiempo la va a dejar descansar.</p> <p>Me dijo mi cuñada que era una alergia al polvo.</p> <p>El dentista me dijo que traía dos bacterias beta hemolítico y estafilococcus dorado. Mi cuñada me dio que esa bacteria era malísima, se te va al corazón. Yo me imaginaba que en ese momento me iba a morir y me voy más para abajo. Después el dentista y otros médicos me dijeron que tarda diez años para que pase eso y que antes te dan muchas otras cosas.</p>
Psicológica	<p>V. El mismo psiquiatra que a mi mamá veía, después de 1 o 2 entrevistas o preguntas que me hizo llegó a la determinación de que yo tenía enuresis porque sentía a mi papá como rival.</p> <p>Vi. el paido nos dijo que era demasiado manipuladora, que él la veía a veces hasta en una posición maquiavélica, o sea, no los dejo dormir porque no se me pega la gana, obviamente no eran con la conciencia con la que yo te la estoy diciendo.</p>
Multifactorial	<p>Va. El dolor de cabeza de pronto nos dicen que es tensional, en algún momento nos dieron el diagnóstico que era migraña, en algún momento se pensaba que era pura manipulación, entonces no tenemos un diagnóstico como tal.</p>
Dinámica familiar / falta de límites	<p>Va. Estuvo seis meses con el paido, no la dio de alta, nos dio un lapso de tres meses para ver si las cosas funcionaban, porque era más que nada cambiar dinámica de familia, porque ella no tenía definido quién era su mamá, quién era su papá y quién era ella, o sea, ella pensaba que podía mandar.</p> <p>Ya van dos que nos dicen, o sea, tanto el paidopsiquiatra como la psicóloga, no es que le de miedo, sino que ella se siente con todo el derecho, con toda la autoridad, con todo el poder de estar con nosotros y de desvelarse con nosotros como si tuviera la edad de nosotros. La psicóloga me dijo: eso habla de que no tiene límites. Ella siempre está inmiscuida en mi recámara.</p>
Incógnita	<p>S. En sí no había una razón por la que no me pudiera embarazar, me hicieron muchos estudios, incluso de la cabeza. A mi esposo también le hicieron estudios, cuantificación de esperma, todo.</p>

PROPIA EXPLICACIÓN DEL (LOS) PADECIMIENTO'S ADICIONAL(ES) A LA DEPRESIÓN.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Manifestación de aspectos emocionales.	<p>V. Yo no le manifestaba mi angustia (a su madre) como tal no sé la sabia manifestar así como tal mamá es que yo estoy preocupada porque tú estas enferma o nunca se lo pude manifestar de esa manera, yo creo que mis manifestaciones debieron de haber sido otras. Desde que tenía como 9 años más o</p>

	<p>menos comencé con tratamiento psiquiátrico por enuresis.</p> <p>A. Mi problema de la migraña es saberme sola, el saber que están ahí mis hijos y que quien los va a atender, que no me puedo dormir, que sé que no tengo un espacio para mí.</p> <p>(enuresis) Yo llegaba a al psiquiátrico no me dejaban entrar a ver mi mama, pero a mí me andaba de la pipi, yo no me podía subir al metro porque me orinaba, era mucho miedo de muchas cosas, a subirme al metro, a que me encerraran en un cuarto, a estar encerrada, pánico, sentía que me ahogaba, me daba mucho miedo subirme a un camión, o sea miedo al encierro y que yo no...</p> <p>L. Me vino una gripe muy fuerte, pero nerviosa, porque fue cuando yo determiné meter la demanda de divorcio. Hasta la fecha ahorita traigo tapados los oídos y de repente me da tos, de repente me mormo mucho.</p> <p>Cuando uno se enferma de la garganta es porque hay un nudo aquí que está atorado y que no pudiste sacar para que fluyeran todas las sensaciones buenas o malas. Yo creo que eso es lo que yo traigo que no lo pude sacar porque mi esposo se iba a emborrachar y llegaba en las madrugadas, no trabajaba, nunca aportó nada.</p> <p>Me bajan tanto las defensas con la depresión que estoy tan sensible que agarro lo que está en el ambiente.</p> <p>Una vez, corrí a mi marido, duramos cinco meses separados, yo tuve que llegar al hospital porque me dio un dolor de colitis espantoso que casi me desmayo. Cada vez que sentía una sensación de nerviosismo, que me sentía yo agredida llega la colitis nerviosa.</p> <p>Y también por la colitis, la cistitis es nerviosa.</p> <p>Lo de la dislexia es un síntoma donde hay algo que no está bien emocionalmente.</p>
Alimentación.	<p>V. (Gastritis y colitis) Yo se lo achaco a que me lastimé mucho mi aparato digestivo porque siempre he comido mucho chile, mucho limón.</p>
Estrés.	<p>V. Pero también estoy conciente de que cuando estoy muy tensa, muy nerviosa, muy presionada la panza se me infla y me duele el estomago (habla de la gastritis y colitis). Ya no es cuestión orgánica sino psicológica, es la manera de mi cuerpo de decir, ya cálmate, ya bájale, ya descansa.</p> <p>A. Yo empiezo con mi problema de vías urinarias, cuando tengo cualquier ansia, mi ansiedad me hace que inmediatamente me venga infección de vías urinarias.</p>
Sobreprotección	<p>Va. Haz de cuenta que entre más la cuidaba más se enfermaba, la tapaba, le prohibía comer frío, no andar descalza, entonces como que la empezamos a soltar y empezó a enfermarse menos. De hecho en esta época pasada de calor, comió nieve, yo creo que lo que en su vida había podido comer.</p>
Desconoce	<p>S. No sé ni porqué me dio la gastritis.</p>

TRATAMIENTOS RECIBIDOS PARA EL (LOS) PADECIMIENTO'S ADICIONAL(ES) A LA DEPRESIÓN.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Antidepresivos o Tx, psiquiatrico	<p>V: Para la enuresis, a los 9 años de edad, me dieron tratamiento durante 6 meses mas o menos, tomaba metriptilina que es un antidepresivo y tomaba meyeril que es un ansiolítico .</p> <p>Va. La llevamos con un paidopsiquiatra. Para empezarle a quitar el miedo tuvimos que hacer un trato con ella, decirle bueno o.k., una noche y una noche nos vamos a quedar contigo y así nos la llevamos muchos años, muchos meses. Ella no se quedaba sola ningún día, después cambiamos a un día su papá con ella, un dpia yo con ella y un día sola y así, y ya después dos o tres días, le aumentamos a una semana y así lo fuimos espaciando hasta que la castigamos por un arranque que tuvo.</p> <p>Ibamos cada ocho días con el paido y entrabamos los tres, a veces ella sola. Le preguntaron qué le hacía falta, pero nunca pudieron sacarle nada.</p> <p>Después la llevamos con mi psicóloga. Ella le dejó un ejercicio que tenía que apuntar, después de que se enojara qué sentía, qué le pasaba por la mente</p> <p>A. Cuando a mi mamá le dio la enfermedad a mí me lleva al psiquiatra que veía a mi mamá, yo tenia 6 años, el psiquiatra le dijo a mi papá: Lleve a la niña al psiquiátrico infantil (empezaba a no controlar esfínteres).</p> <p>An. Me mandaron con el psiquiatra (por sus problemas intestinales), ya me empezó a dar el diazepam.</p>
Terapia psicológica	<p>V. Me llevó mi mama al hospital infantil para que me dieran tratamiento psicológico, pero yo recuerdo que mis citas con la psicóloga, siempre llegaba tarde la psicóloga y digo siempre, que fueron 4 o 5 ocasiones, una vez por semana y lo único que me hacia era ponerme a dibujar, o sea, no platicaba conmigo ni nada, me daba unas hojas y me decía haz el dibujo que tu quieras, jamás supe cual fue el Dx tal de la psicóloga.</p> <p>Va. Después cuando estábamos con mi psicóloga le dijimos que si podía llevar la terapia de mi hija, pero ya fue por los corajes que ella hacía. Empezó con mi psicóloga, lleva como tres meses. Estamos trabajando lo de los límites más bien entre mi marido y yo, entonces al empezarlos a trabajar nosotros la estamos despojando de ese poder.</p>
Alopatía o medicina positivista.	<p>V. Tome infinidad de medicamentos (para la salmonela). Me mandaron al gastroenterólogo (para la salmonela).</p> <p>Va. la llevamos con un neuropediatra, la revisó y dijo que todo estaba normal, por el momento no le mandó a hacer estudios. Seis meses después que se le repitió el cuadro le mandó a hacer una tomografía y un electro.</p> <p>Primero tomó mucho tiempo Valproato de magnesio, después le aumentaron el Trileptar, ya después sólo era el Trileptar. Ahorita tiene cuestión de tres meses que le quitaron el medicamento ya</p>

	<p>por completo y no le ha dado ninguna crisis.</p> <p>La llevamos con el pediatra porque le daba gripa muy seguido desde los tres días de nacida. Cada vez le mandan distintos medicamentos, inclusive al principio le mandaban vacunas por si era alergia, sí le funcionaron muy bien.</p> <p>Para el dolor de cabeza le llegaba a dar temprá, un medicamento que es el Motrin, que es el ibuprofeno, pero si veo que no es fuerte no le doy nada.</p> <p>A. Para las vías urinarias tomo Maxodantina y para migraña tomo Taylenol americano</p> <p>La doctora me dijo que primeramente fuera a ver lo del problema bipolar, que me hiciera una tomografía de cráneo y un electroencefalograma, pero ya no seguí.</p> <p>De las vías urinarias aproximadamente cada 3 meses me enfermo, ya tengo mis pastillas preparadas y empiezo a tomar agua.</p> <p>B. No sé qué tratamiento me daban para el hígado, mi mamá nunca me ha sabido decir. Sólo sé que me daban dolores muy fuertes en la zona hepática y estuve en tratamiento como unos cuatro años. Era internarme cada dos, tres meses, por diez días; una vez hasta el quirófano iba a dar.</p> <p>S. Me sometí a un tratamiento como seis meses con mi cuñada (que es médico) para quedar embarazada.</p> <p>Después me mandó con el Gineco obstetra y también me dio tratamiento.</p> <p>Después regresé otra vez con mi cuñada y ella me mandó otro medicamento que me dijo que era nuevo y que estaba dando muy buenos resultados.</p> <p>Siempre tomo Ranitidina (para la gastritis) y la cargo siempre.</p> <p>Ví a un urólogo, que fue el que me detectó la pielonefritis. Me trata con antibióticos, hasta me manda el Robaxial. Me recomienda guardar reposo.</p> <p>Me ha tratado ni cuñada.</p> <p>Después mi papá me hizo una cita con el urólogo que estoy yendo, voy con él porque mi papá lo conoce, ese urólogo me mandó hacer un ultrasonido y mis riñones estaban los dos inflamados, estaba muy mal.</p> <p>Tenía creo que once años y me hicieron un electroencefalograma. Ahorita estoy tomando las cafiaspirinas (para la migraña).</p> <p>Mi hermano me mandó un antihistamínico que se llama Letarmine (para la garganta). Mi cuñada me mandó a hacer unas radiografías de la garganta y que me comprara el ese para los asmáticos. A parte estaba tomando antibiótico. Las radiografías salieron bien, no había nada en mi garganta.</p> <p>Después fui con un dentista que sabe de todo, lo conocemos desde hace muchos años y le tenemos mucha confianza, él ve lo que hace y te ayuda por amor. Yo tenía un miedo a toser, decía, en cualquier momento me va a dar y ya no voy a poder reaccionar. Él me mandó hacer un exudado.</p> <p>An. (Para sus problemas intestinales) Me hacían estudios y me mandaban varios medicamentos, el Caolín compectina y no me</p>
--	---

	<p>componía. Me operaron de la vesícula y del hígado. Me vió un neurólogo aquí en la clínica 29, me estuvo mandando medicamentos, me trató mucho tiempo el doctor y no me componía. Me mandó a la raza, ahí me volvieron a hacer más estudios y salió que me habían dado cinco microinfartos cerebrales y a consecuencia de eso era el movimiento de mi pie.</p>
Naturismo, curantismo, remedios caseros	<p>V. No tomo medicamento para la gastritis y colitis, yakult nada más, me tomo como 5 al día, y siento mucho alivio.</p> <p>B. Mi mamá en una ocasión, si me acuerdo, me llevaron con un curandero y no sé que tanto me hizo, simuló como si me hubiera estado operando y después de eso estuve como una semana en cama y tomando líquidos y la dieta que los médicos normalmente te mandan y después de eso ya nunca me volvió a molestar el hígado, fue muy curioso porque yo soy muy incrédula en ese tipo de cosas.</p> <p>G. Cuando me siento mal (de la presión) mi esposo me da un vaso con Mundet y le echa tantita sal, me acuesto, me duermo como una hora y media y me levanto más o menos bien, se me quita ese desguanse que siento.</p> <p>An. Acudí a brujos, a curanderos, a todo y no se me quitaba el movimiento de mi pie hasta que me vio un neurólogo.</p>

AVANCES LOGRADOS CON EL TX PARA EL (LOS) PADECIMIENTO'S ADICIONAL(ES) A LA DEPRESIÓN.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Ninguno	<p>V: Que yo me acuerde el medicamento psiquiátrico no me ayudó en nada, a excepción de controlar la enuresis no me ayudo en gran cosa.</p> <p>- Con ninguno (medicamento para la salmonela) se me quitaba.</p> <p>- Porque los tratamientos me hacen mientras los estoy tomando y unos días después, y después es lo mismo (para la gastritis y colitis).</p> <p>S. Los dos primeros tratamientos que me dieron para embarazarme no me funcionaron.</p> <p>El urólogo luego me dice que es dolor muscular y me manda medicamento y todo pero no se me quita. Me dolía y me medicaba y has de cuenta al mes y medio me volvía a doler y me medicaba sola, entonces llegó el momento en que ya no me hizo nada el medicamento.</p> <p>Ya ni las cafiaspirinas me hacen nada (para la migraña).</p> <p>Me aplicaba el ese para los asmáticos y no funcionó (para la garganta).</p> <p>An. No me componía (de sus problemas intestinales) hasta que me mandaron con el psiquiatra.</p>
Empeoramiento	<p>V. El gastroenterólogo me recetó determinados medicamentos, me los tomé, y a los 15 minutos me empecé a sentir mal, las manos me empezaron a sudar horriblemente, me empecé a sentir desesperada, ganas de llorar y demás. Le llamé al Dr. Falcón, le</p>

	<p>llame y me dijo sabes qué? Nos acaban de echar a perder todo lo que llevamos arriba, entonces pues auméntale, por el momento tomate tal cosa y nos vemos aquí la siguiente semana y otra vez empecé desde el principio.</p> <p>S. Mi cuñada me mandó otro antibiótico, me acabé ese tratamiento y no me hizo nada, me mandó otro más fuerte y no me hizo nada, y yo cada vez estaba peor, ya era yo un globo, así toda inflamada, porque se te complica la gastritis, riñones, intestino, todo.</p>
Poco, no se ha erradicado completamente el padecimiento o no se ha modificado la conducta del todo.	<p>Va. Definitivamente la cuestión de la noche nunca se ha resuelto. Ahorita ya son dos pendientes a tratar, lo que se quedó pendiente con el paído y lo de sus enojos con la psicóloga.</p> <p>En lo personal yo ya me dí cuenta de que la estaba regando y de una manera muy grande. Yo tenía un ideal de educación en cuestión de mi hija y me di cuenta de que ese ideal es solamente eso, un ideal. No le puedo hablar, no me puede entender de la manera en la que yo estoy pensando las cosas.</p> <p>Y en segunda, ya no me remuerde tanto la conciencia el ponerle un hasta aquí.</p> <p>La he soltado mucho y eso para mí también es un avance en la terapia, ese quitarme el miedo de alguna manera a que algo le va a pasar.</p> <p>S. Tenía que dejar el medicamento (para la garganta) en cinco días, lo empecé a disminuir, nos regresamos a mi casa, pero yo con un miedo horrible de quedarme sola, de que me fuera a suceder, yo casi me dormía sentada, me ponía tres almohadas del miedo que sentía de quedarme otra vez sin respirar y otra vez me viene la asfixia. Le hablamos a mi cuñada y dijo que no era para que me hubiera sucedido porque estaba tomando el antihistamínico.</p> <p>El miedo me tardó mucho tiempo, fueron meses que yo ya no quería estar sola en mi casa. La otra bacteria me tardó mucho tiempo y además mi garganta yo ya desde entonces jamás la volví a sentir normal, trago saliva con dificultad. En febrero se cumplen dos años, ya no siento ese miedo, solo el malestar de la garganta.</p>
Tuvo éxito el Tx.	<p>S. Cuando mi cuñada me dio el medicamento nuevo, no recuerdo si al segundo o tercer mes me embaracé.</p> <p>El urólogo con el que me llevó mi papá me sacó de esa crisis, porque estaba durísimo, yo sí sentía que me moría hace dos años. Estuve tomando antibiótico, me mandó a hacer otro exudado, ya salía menos, me mandó otro antibiótico, al tercer tratamiento ya cedió el beta hemolítico.</p>

EMOCIÓN QUE PREDOMINA DURANTE LA DEPRESIÓN.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Felicidad, alegría, Excitación	V. Una tristeza que no sabes describir porqué, simple y sencillamente te dan ganas de llorar y llorar y llorar,

Enojo, irritación.	<p>A. Es ira.</p> <p>Bl. Yo hago mis cosas y nadie me ayuda, en cambio a mi hermano mi mamá se las hace, sí me da coraje. Me molestan mucho las actitudes que tiene mi mamá conmigo, me lastiman. A mi hermano no le guardo ningún rencor</p>
Miedo	<p>A. Si mi marido se tarda más de lo que él me dijo empieza mi ansiedad, miedo, pánico.</p> <p>B. Refirió que la emoción que predomina en ella es “el miedo”, le tiene miedo a todo y “sobre todo a los cambios”, pues estos le generan “mucha angustia”.</p> <p>S. Sentía miedo a lo que me pasó, nadamás empezaba a sentir algo raro y decía me va a pasar otra vez. A cada rato me estaba observando haber si notaba algo raro, incluso me salió una vez una mancha en la lengua, fui con el doctor y me hizo una biopsia porque le dije que en mi familia hay antecedentes de cáncer. Y salió bien y me dijo que era un hongo. Yo decía: no tendré cáncer en la garganta?.</p> <p>Yo jamás volví a sentir mi garganta normal, era todo el tiempo estar piense y piense, es que me voy a morir y si me muero delante de mi hijo?.</p> <p>G. Cuando estaba aquí sola en mi casa estaba hasta sin bañarme porque le tenía temor al baño. Tenía yo hasta miedo, tenía la puerta cerrada, yo soy de las personas que me gusta tener todo abierto y en ese tiempo estaba cerrado.</p> <p>An. Miedo.</p> <p>L. Me daba miedo salir, me daba miedo hablar, no soportaba yo el ruido. Las personas a veces tenemos miedos y no los identificamos. Mi más fuerte miedo es a quedarme sola.</p> <p>Empecé en el trabajo a tener mucho miedo a no poder redactar un oficio, nisiquiera un memorándum.</p>
Ansiedad, angustia	<p>V. Angustia.</p> <p>A. Hasta la fecha, que algo se me sale de control, es un llorar, o sea esa ansiedad que sientes, si mi marido se tarda más de lo que él me dijo empieza mi ansiedad.</p> <p>B. La emoción que predomina en mí es la ansiedad. Con ganas de quererme salir a correr, de desquitar algo, siento como si fuera a estallar o no sé qué me fuera a pasar.</p> <p>S. Lo primero que empecé a sentir fue angustia, esa desesperación, me sentía toda temblorosa. Y ya después me entró la tristeza.</p> <p>Cada día yo me sentía peor, estaba haciendo mi quehacer y me sentía angustiada, me daban ganas de aventar las cosas.</p> <p>Yo ya no quería estar en mi casa, llegó el momento en que yo la sentía sola, oscura, triste, no dormía del miedo, de la tristeza, de la angustia. Me levantaba en las noches y andaba de allá para acá.</p> <p>An. Desesperación, ansiedad, angustia. En una ocasión, de nervios se me calleron partes del cabello.</p> <p>Antes la emoción que predominaba en mí era angustia, ahora es tristeza.</p> <p>L. Esa sensación de arañar las paredes, esas sensaciones de</p>

	angustia.
Tristeza, Aflicción.	<p>Bl. Más que nada me siento triste, como que luego siento que me deprimó por las cosas que pasan en la casa.</p> <p>S. Empecé a sentir mucha tristeza, ya no quería estar sola.</p> <p>G. Era tristeza, llanto.</p> <p>An. Ahora es tristeza.</p> <p>E. Triste tal vez por la impotencia de no poder hacer nada por mi mamá y yo veo a mi mamá que se está derrumbando.</p>

CÓMO SE MANIFIESTA LA DEPRESIÓN (SINTOMATOLOGÍA).

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Sensaciones corporales	<p>V. En el estómago, siento como un hueco, Como si mis piernas estuvieran muy calientes Los trapecios como que se me quedaban sin fuerza, esos eran los principales síntomas de mi angustia. Tienes una sensación de temblor en todo el cuerpo, Tienes la sensación de que como si estuvieras encerrada, No te hayas en ninguna posición, No quieres hablar con nadie, Únicamente quería dormir Es una sensación de que te falta el aire, Una sensación como de que todo te empieza a dar vueltas A. Ya detecté que estoy totalmente ansiosa y una comezón que me empieza a dar por todo el cuerpo. Sientes en el estómago aquel vacío, hueco, horrible. B. Siento algo en el estómago. Bl. Me canso y me duermo, no me gusta hacer nada. E. Hay veces que se me revuelve el estómago, siento como un nudo en el estómago, como mariposas. G. El cuerpo se siente muy pesado, muy suelto, tú te sientes decaída, sin tantitas fuerzas de quererte levantar. An. Era esa desesperación, esas ganas de salir corriendo, lloraba, temblaba todo mi cuerpo. La angustia la identificaba en el estómago, como mariposas, ahora a veces llego a sentir esas mariposas, pero ya no tanto como antes, ya es muy raro. L. Empecé a sentir comezón en el lado izquierdo, sentía un cosquilleo, un adormecimiento, le comento a mi mamá y me lleva a hacer unos estudios, todo sale bien, pues vámonos con el psiquiatra. Perdí mis esfínteres, el habla, el movimiento de los brazos, me quedé toda chueca, toda engarrotada, no sabía comer, no sabía hablar, no sabía nada, era un vegetal, estaba inconsciente, hasta que llegué al estado de coma.</p>

<p>Desánimo. Apatía o pérdida de entusiasmo por actividades.</p>	<p>V. Todo lo que cuando no la tienes o cuando esta controlada te causa placer, cuando tienes depresión no lo disfrutas, o sea, salir, ver la tele, ir a alguna parte, escuchar música, a todas esas cosas no les hayas chiste, no le hayas chiste a nada.</p> <p>Cuando estaba deprimida apenas abría el ojo y decía ay no puede ser otro día mas, no me daban ganas de levantarme, no me sentía con las energías suficientes para levantarme ni para hacer nada. Me la pasaba llore y llore, me quedaba dormida toda la tarde y ya me despertaba como a las 8, me llevaban la comida a la cama, la cena a la cama y no tenia humor de nada.</p> <p>Muchas ganas de llorar, o sea, una tristeza que no sabes describir porqué, simple y sencillamente te dan ganas de llorar y llorar y llorar.</p> <p>B. No salía a la calle, no salía con amigos, me invitaban a una fiesta y no iba, siempre me la pasaba de fodonga sin bañarme, me la pasaba durmiendo. Esa era mi vida y así duré cinco años.</p> <p>No lloraba, no pensaba en nada, todo seguía igual pero con esa actitud.</p> <p>Bl. Cuando estoy triste, no me dan ganas de hacer las cosas.</p> <p>E. Mis actividades no cambian, hago exactamente lo mismo, solo que con menos ganas y como menos.</p> <p>A veces tengo ganas de llorar pero no me salen lágrimas, es horrible, no puedo.</p> <p>G. No tenía yo humor de nada, no comía, me la pasaba aquí acostada, durmiendo, llorando, en muchas ocasiones muy fuerte, llegaba un momento en que ya no podía ni respirar de tanto que quería yo sacar. No me interesaba nada del mundo, no quería saber nada de afuera, ni luz ni nada. Dormía mucho, despertaba y a llorar, tenía mucho sentimiento. Quizá te pones a pensar en lo que ha pasado, de los sufrimientos que has tenido atrás, pero ya cuando estaba totalmente mala, no pensaba en nada, no me acuerdo de nada.</p> <p>An. Todos los días era sentir esa tristeza, ese desgano. Cuando estoy mucho muy deprimida no tengo ánimos de hacer nada. Me acuesto, quisiera nadamás estar acostada, si es posible durmiendo, luego me siento mal despertar, cuando amanece, digo: ay, otra vez otro día igual de largo.</p> <p>L. Cuando estaba casada y me sentía deprimida no quería ni arreglarme.</p>
<p>Exceso y desorganización de energía y actividad.</p>	<p>L. Yo dejé de dormir tres meses, no pegué el ojo en tres meses, yo nadamás quería estar haciendo ejercicio, ahí hay algo de la situación de lo físico, otro miedo, de la cosa de no engordar. Yo tenía una energía y una fuerza.</p> <p>Pero también se me afectó la cosa sexual, yo quería hacer la relación sexual con todos los hombres habidos y por haber.</p> <p>Demuestro mi depresión ... me pongo hiperactiva, duermo menos, no me canso de lo que haga.</p>
<p>Sentimientos de soledad, sensación de sentirse rechazado.</p>	<p>E. Me sentía solo porque siento que mis problemas no le importan a la demás gente, me sentía como excluido.</p>

Pensamientos autodevaluatorios	E. Sentía que no merecía a mi novia, como que digo es mucha mujer para mí, sentía que en cualquier momento me iba a dejar por otra persona. tal vez yo tenga así como un tipo de autoestima baja. A veces me levanto y digo: es que no puedes salir así, o sea, das pena; como que no me aceptaba.
Percepción distorsionada de los estímulos	V. Un día de muertos, me estaba bañando y estaba escuchando a Vica que estaba jugando con unas barbies, pero de pronto empecé a escuchar su voz como con eco, y al escuchar su voz como con eco se empiezan a desencadenar todos los síntomas, la temblorina, el hueco en el estómago y demás. L. Empiezo yo a ver cosas dobles, el encendedor por ejemplo lo veía doble, la figura la veía doble. Yo veía muchas fantasías.
Sentimientos de despersonalización. Sensación de pérdida de control.	A. Ya un punto de que me tengo que tratar es que de repente me pierdo de la realidad. S. Me sentía desesperada y un día toda angustiada, me agarró la temblorina y llore y llore, tengo que hablar con alguien, si no me voy a volver loca L. Yo sentía que las paredes las rasguñaba. Me encerraba en la oficina y a rascar las paredes, a sentarme en un rincón y no querer ver gente, de no querer comer. Fui con el psiquiatra, pero yo no quería hablar, entonces dije, me voy a burlar de ti, me dijo: te vamos a mandar esto y en quince días sales. Luego empiezo a sentir que en un busto me estaba saliendo una bola por acá, otra por acá...al grado de que fue avanzando todo y yo ya decía incoherencias. Una depresión en donde si mi hija se enfermaba ya no me importaba, yo quería salir encuerada a la calle, yo ya no vivía en la realidad. Llega la hora de la comida y tiro toda la mesa y digo: es que me quieren envenenar, quieren que yo enloquezca, le hablé a mi concuño, por favor vengame a salvar porque aquí me quieren matar.
Alucinaciones olfativas y/o visuales	V. En una ocasión estaba yo sentada en el sillón de la casa de mis papás, que en ese entonces era mi casa y estaba viendo hacia fuera y te juro que sentí como que hubiese pasado él y su olor me llegó, inclusive yo sin saber qué es lo que estaba pasando dije: es que yo me estoy volviendo loca, ya hasta lo estoy oliendo sin que él esté aquí.
Falta de control de impulsos	A. Yo si estoy con mis hijos y estoy muy enojada, agarro algo y lo aviento, no puedo controlarme, cuando regreso en mi, cuando me doy cuenta ya lo hice. Cuando a veces estoy con mis hijos y algo me molesta demasiado me pierdo, me pongo muy muy violenta, e igual con mi esposo. Me encanta hablar por teléfono, ese es otro de los síntomas que tengo, a todos los enfermos depresivo maniacos, les da telefonitis, si tengo tanta ansiedad o tengo un problema, le hablo a todo el mundo. An. Pensaba en que mi papá estaba con esa señora, cuando lloraba y lo abrazaba y lo besaba decía yo: ¡Ay! A lo mejor aquí lo besó esa maldita vieja; Ayy! Y al momento sentía yo ganas de tenerla ahí enfrente, y yo creo que hasta sacarle los ojos con las uñas, con ganas de destrozar a esa mujer. L. La situación es de que yo siento una agresión y me pongo muy

	agresiva con las personas, empiezo a pelear, a ser muy intolerante y exploto por cualquier cosita. Era mucha agresión. He visto que de repente sí me pongo muy agresiva.
Cambios repentinos y constantes en el estado de ánimo. Irritabilidad	<p>A. Mi estado de ánimo, ahorita estoy feliz y en menos de cinco minutos así de nadamás voltearme ya estoy totalmente triste o desesperada o con mucha ansiedad, igualmente aquí en la casa, si yo no puedo apurarme a hacer mi quehacer me empieza una ansiedad,</p> <p>B. Mi carácter es muy variante, ahorita puedo estar bien y al rato puedo estar mal. Cuando me enojo soy muy violenta, muy odiosa, no me importa lastimar a alguien, me ciego.</p> <p>Bl. Soy una persona un poco variable de carácter, con mis amigas estoy bien, pero luego hay momentos como que me desespero, me agarran en mis cinco minutos y no te acerques a mí. Luego estoy de mal genio.</p> <p>Luego no hago las cosas cuando me dicen, estoy enojada.</p>

PENSAMIENTOS Y CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Deseo de enfermarse.	<p>V. Los domingos en la noche me entraba una angustia y me daban muchas ganas de enfermarme. Fíjate estando tan pequeña, iba yo en kinder, entre los 4 y los 6 años, decía cómo no me enfermo, como no me duele la cabeza, la garganta para no ir mañana a la escuela y poderme quedar a cuidar a mi mamá, entonces el domingo en la noche era el día mas triste para mí.</p>
Deseo de morir. Pensamientos suicidas	<p>V. En ese momento fue cuando a mí me paso por la mente ya no quiero vivir, yo no sé como le voy a hacer pero de este baño no voy a salir.</p> <p>A. Muchas veces me ha pasado la idea de suicidarme, nunca lo he hecho, tomarme pastillas, no porque yo lo viví con mi mamá y a lo mejor es lo que a mí me detiene un poco. Sobre todo cuando me peleo con mi marido, por cualquier tontería, porque mi matrimonio no es así de pleito.</p> <p>Cuando algo no me sale bien aquí también ay me quiero morir, de todo estoy pensando que me quiero morir.</p> <p>Bl. Luego he pensado que ya no quiero estar aquí</p> <p>An. Yo me sentía triste, sin ganas de vivir.</p> <p>Por la manera de tomar de mi esposo eso también me hizo mucho daño, esto era hacerse desobligado, no darme para la comida de mis hijos, entonces en varias ocasiones llegué a pensar en tomarme unas pastillas, por decir Diazepan, encerrarme en la cocina y abrir las llaves del gas. Pero me detuvo pensar en mis hijos.</p> <p>Quisiera que se hiciera muy eterna la noche o ya no despertar simplemente.</p>
Intentos de suicidio.	<p>Bl. Una vez intenté suicidarme, pero no se pudo, salió mucha sangre, me asusté un poco.</p> <p>An. Inclusive un día, pues, hasta me quise quitar la vida, por mi tristeza, tomando medicamentos, he de haber tenido cerca de quince años.</p> <p>L. Yo jugué con todas las medicinas, yo ya no quería despertar.</p>

Conductas autodestructivas.	<p>V. Los domingos que era cuando yo me sentía mas angustiada, agarraba el frasco de meyeril que yo sabia que era un medicamento para que yo estuviera más tranquila, y me lo empinaba, como si me estuviera tomando un chamoy o algo así. ¿Qué me incitaba a hacerlo? Enfermarme, yo me quería sentir mal para al otro día no ir a la escuela, para poderme quedar con mi mama.</p> <p>Bl. Cuando estoy triste, luego me siento sola, no tengo con quien desahogarme y me corto los brazos con unas navajitas. Yo sé que no gano nada con eso, pero como que me siento un poco más tranquila, yo sé que me estoy lastimando, luego pasan cosas y pasa algo que me dice: no, ya no quiero estar aquí..</p> <p>E. Antes de que yo fuera al psiquiatra me sentía tan mal que le robaba pastillas a mi mamá, le robaba su diazepam y me lo tomaba y me tranquilizaba y había veces que me quedaba dormido toda la tarde.</p>
-----------------------------	--

EVENTOS DESENCADENANTES DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Pérdidas afectivas.	<p>V. Volví a sentir la angustia cuando terminé con un novio al que quise mucho, yo comencé a sentir síntomas, que yo no sabia que eran síntomas de depresión.</p> <p>An. Me empecé a sentir mal desde que mi papá se fue y empezaron los pleitos entre mi papá y mi mamá. Yo tenía once años cuando mi papá quería tener casa chica y casa grande.</p> <p>En vísperas de que Lola se iba a casar, fue la primera que se casó, para mí fue un gancho al hígado tremendo. me fue muy difícil superar la boda de Lola y la de Vica, Lola fue la primera y tenía dieciocho años y Vica fue la chiquita y tenía diecisiete años, así es de que por los dos lados me dieron en la torre.</p> <p>Casi todos los días puedo sentir unos ratos de depresión, cuando se va mi esposo y me quedo sola.</p> <p>L. Mi primer episodio depresivo que yo recuerdo fue cuando terminé con un novio, deje de comer ocho días, lo adoraba, sentí que fue una depresión porque me sentí otra vez rechazada. Cuando uno pierde algo, es un desprendimiento que uno no está adaptada para esa pérdida (Retomarlos para explicar estructura dependiente de los depresivos). Vuelvo a repetir todo lo que yo sentía tal vez en el vientre o con mi madre, o tal vez con mi hermana de este rechazo.</p> <p>Yo me empiezo a enfermar, me dio hepatitis, tifoidea al mismo tiempo.</p> <p>Mi más grande miedo es a quedarme sola.</p> <p>S. Mi hijo tenía un amiguito, todos los días salían a jugar, pero se fue a vivir a Querétaro, pues has de cuenta que se me había ido a mí alguien, o sea una tristeza, una angustia, sentía esa desesperación. Yo extrañaba mucho al niño.</p>
Situaciones relacionadas con familiares o personas significativas	<p>B. Muchas cosas me pueden poner triste, pelearme con mi novio, con mi hermana.</p> <p>Bl. Me deprimó por las cosas que pasan en la casa, como luego está mi mamá por lo de mi tío, luego sí se pone mal, eso es lo que más tristeza me da.</p>

	<p>Luego empiezan a discutir mis papás. Mis papás casi siempre se la pasan discutiendo por cualquier cosa.</p> <p>También cosas de mi hermano, de que no aprovecha todas las cosas que le están dando mis papás y luego se desquitan conmigo mis papás porque él no hace las cosas yo las tengo que hacer.</p> <p>E. Hace como dos meses también me sentía así horrible, así de estar deprimido por lo de mi papá que se fue de la casa, porque andaba mal con mi novia, porque veía a mi mamá triste.</p> <p>G. Mi mamá hizo que nos peleáramos mi esposo y yo, entonces lo corrí por ella, se fue mi mamá también y me vino una depresión muy fuerte.</p> <p>An. Máxime ahorita que Eduardo tiene problemas en su matrimonio, porque siento mal que mis niños estén pasando lo que yo pasé, el sentir yo sobre todo que la niña esté sintiendo lo que yo sentí eso me hace sentir mal. Ella siente esa tristeza, ese dolor, esa falta de su padre, ella no me o ha dicho pero yo lo siento. Eduardo los abandonó. Yo lo sentí en carne propia con mi papá.</p> <p>Se compone él (esposo) y caigo yo, me vino un agotamiento.</p> <p>L. Una vez me impactó mucho que mi mamá se quería suicidar y a raíz de eso tuve que ir al psiquiatra.</p> <p>Mi mamá me hizo cita con el psiquiatra porque yo le dije que me sentía muy deprimida, muy triste porque tenía problemas con mi marido, siempre lo corrí, siempre tuve problemas con relación a las parrandas, a la tomadera.</p> <p>Mientras estuve internada, cuando se acercaba mi esposo a mi me daban convulsiones, según é, se iba con una cruz y con un rosario a rezarme, pero ya no no dejaron entrar porque me ponía mal, me empezaban a dar convulsiones y la temperatura a cuarenta y dos grados, se iba él y se bajaba todo.</p>
<p>Enfrentarse con situaciones no resueltas.</p>	<p>V. Hace unos años tuve la oportunidad de volverlo a ver, como que de dejar en paz muchas cosas, de dejar muchas cosas tranquilas, y de darme cuenta que ya había a travesado determinaos planos, pero que sí necesitaba yo conciliar esa parte, y pues básicamente fue ahí cuando comencé a sentir después toda esa desesperación, toda esa tristeza, toda esa angustia, todos los síntomas que trae la depresión.</p>
<p>Eventos estresantes</p>	<p>V. En sí la tristeza que estaba aun dentro de mi control comenzó a estar desde que yo supe que estaba embarazada.</p> <p>Mi depresión volvió a salir el día que yo cumplí 19 años, precisamente el día de mi cumpleaños fue el día en el que yo empecé a sentir todos esos síntomas.</p> <p>Pero unos días antes, mi abuela se había caído de la escalera y a la que le tocó ver como cayó fue a mí, me dijeron entre broma y broma que estaba espantada, que me tenían que curar de espanto, que estaba yo muy nerviosa por la impresión que había tenido al ver caer a mi abuela, porque yo juraba que se había matado o sea por como yo la vi caer yo juraba que se había matado o sea el cuello todo así para atrás yo juraba que se había desnucado o algo así, entonces fue a partir de ahí cuando yo me empecé a sentir mal y mal y mal.</p> <p>Cuando estoy muy presionada en dos cuestiones: de mi servicio, de mis practicas mi estudio y cuando Vica está enferma, esos son los dos momentos que yo tengo identificados como desencadenantes, como</p>

	<p>detonadores. Con respecto a Vica, pues yo conviví todo el tiempo con una persona enferma y cuando sé a mi hija enferma me mueve mucho el tapete, pero ya no permito que pase a más.</p> <p>An. Yo antes, con cualquier problemita por sencillo que pareciera me sentía tan mal que me salía corriendo, llorando. Sentía como una olla de vapor que estaba a punto de explotar y que o sabía yo lo que me iba a suceder.</p> <p>Si mi marido se tarda más de lo que él me dijo empieza mi ansiedad, me explico? Mi miedo, mi pánico</p> <p>L. Yo estaba recién casada y mi bebita tenía menos de un año y yo todavía tenía que terminar unas materias en la escuela y me venían ganas de estar llorando y yo decía: Me quiero morir porque no tengo quien me cuide mañana a mi niña.</p> <p>S. Yo me empecé a deprimir por eso (sus enfermedades), empecé a sentir mucha tristeza, ya no quería estar sola. Mi primera tristeza más grande, fue un sábado que me quedé en mi casa, no estaba mi vecina, me asomé, estaban todos los departamentos oscuros, a mí no me gusta sentir esa quietud, por ejemplo a mí la semana santa nunca me ha gustado, no me gusta sentir esa tranquilidad.</p>
Frustraciones	<p>A. A mí lo que me desencadena es algo que no me salga bien, si mi hijo no hace algo bien la tarea me pierdo.</p> <p>L. Yo decía: Me quiero morir porque no tengo quien me cuide mi hija mañana, yo me quiero suicidar, ya no quiero vivir, no sirvo para nada.</p>
Enfermedades de personas significativas	<p>A. Cuando sé que mi mamá ya está enferma, me pongo histérica,</p> <p>B. Cuando mi mamá se enferma me tiendo a deprimir, ella es una caja de monerías, siempre anda mal de salud. El saber qué es lo que va a pasar con ella, en varias cosas mi mamá se ha puesto muy mala y me da miedo.</p> <p>L. Yo me acuerdo que me impactó mucho que mi suegro falleció esa vez, yo estaba muy mal emocionalmente, al grado de que fue avanzando todo y yo ya decía incoherencias.</p>
Ciertos momentos del día o situaciones asociadas a algún momento traumático.	<p>S. Me sentía más mal cuando empezaba a atardecer, cuando empezaba a oscurecer también, ya nadamás se empezaba a tranquilizar todo y me empezaba a sentir triste, angustiada. Los fines de semana era cuando más sola me sentía. O nadamás me subía al carro y me venían esos momentos. Una vez nos mojamos en un aguacero mi hijo y yo y me enfermo de la garganta, no podía ni respirar de cómo estaba de congestionada, el doctor me recetó unas inyecciones, en la noche llego a mi casa y me acuesto, casi sentada y sentía que me asfixiaba, le dije a mi esposo ¡Es que yo me voy a morir!. Eran casi las doce de la noche, le hablo al celular al doctor llore y llore y me dijo: ¡Estás loca, que nunca te ha dado una gripa!, ¡No te va a pasar nada!. Estuve casi 20 min. en el teléfono con él. Me dijo: yo sé que es mucho tu miedo, pero ya necesitas otra clase de ayuda. A la semana me dio otra vez esa crisis de angustia.</p>

MANERA DE ENFRENTAR LAS CRISIS DEPRESIVAS.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Se aísla.	A. A veces me encierro en mi recámara y digo hasta que se me pase, hasta que se me pase, pero hay veces que salgo hasta más enojada porque

	<p>siento que no me ayudo yo misma, empiezo a pensar a pensar a pensar y una idea me trae a otra, también mis hijos que son como la fregada y si me encierro ya están brincando en la cama y pues me enojo más y salgo y sale peor.</p> <p>B. Cuando estoy triste no quiero nada, me aislo, me encierro, me da por dormir mucho, me da por no querer bañarme y estar todo el tiempo viendo la tele o escuchar música depresiva, escucho canciones que me hacen sentir mal.</p> <p>G. Yo no quería ni luz ni televisión, ni comer, todo cerrado, no quería que me vinieran a ver, no quería saber de nada, estaba totalmente sola.</p> <p>An. Me gustaba irme a meter a un panteón que está en el cerro de la villa por la quietud, oía los pájaros, el aire, me gustaba estar mucho en el panteón, me iba yo sola.</p> <p>L. Me aislo, quiero estar sola y lloro.</p>
Contiene y no encuentra salida a sus emociones	<p>E. El otro día estaba viendo la película de Locos de ira y dicen que hay dos tipos de personas con ira, que está el tipo que se enoja y mata o están los tipos que se guardan las cosas y terminan haciendo estupideces porque ya no aguantan. Y yo me siento así, no me puedo desahogar, no encuentro una persona para decirle tengo esto y me duele esto. No es que me quiera hacer el fuerte porque sí me duelen muchas cosas, pero digo: Llorando no arreglo nada, lamentándome y diciéndome que mi vida es un fiasco tampoco arreglo nada.</p>
Trata de resolverlo él solo.	<p>V. En ese aspecto soy muy hermética, ya hasta que de plano estoy dando las últimas, es cuando le pido la ayuda (a su esposo), pero cuando está dentro de mi control no se lo digo a nadie.</p> <p>Cuando Vica llegaba hacia un esfuerzo por levantarme y platicar un rato con ella, hacia todo lo posible porque mi hija no me viera así, en ese estado, no quería que se creara una imagen de su mamá enferma.</p> <p>A. Fíjate, qué tanto es mi enfermedad (haciendo referencia a la migraña) que yo misma me controlé.</p> <p>B. Primero trato de acostarme tantito haber si se me pasa, si no concilio el sueño, que es lo más seguro, me pongo a escuchar música, o me pongo a leer, algo que haga que deje mi mente en otra cosa.</p>
Trata de distraerse – evasión	<p>E. Hace como una semana me sentía bien triste, tal vez sea así como que un escape de la realidad, pero un día me a pasé jugando todo el día desde en a mañana hasta en la noche Play Station y así fue como me distraje.</p> <p>An. me está llamando la atención un libro que se llama “Vida después de la vida”, leo tantito cuando estoy sola, cuando me siento media ñaño sa y ya con eso me distraigo un poquito.</p>
Muestra agresión contra otros.	<p>A. Cuando estoy con mis hijos y algo me molesta me pongo muy violenta, no les pego así a matarlos, a dejarles moretones ni mucho menos, pero me ciego totalmente y me da mucho miedo, porque digo: qué día a lo mejor voy a agarrar un cuchillo y se los voy a aventar.</p> <p>Antes era con mi hermano, lo empujaba y lo aventaba y le daba cocos, o sea siempre he descargado es ese enojo que yo tengo, te digo no sé si contra de mí.</p> <p>S. Una tarde le digo a mi hijo: ¡Acompáñame, necesito salir por favor, vamos a caminar! No quiso y le pegué muy fuerte.</p>
Busca apoyo de familiares	<p>V. - Le hable por teléfono a mi mama y me contestó mi hermano Mauricio y le dije cómo me estaba sintiendo y me dijo ahorita voy por ti y</p>

o gente cercana.	<p>efectivamente fue por mí.</p> <p>- Le llame a mi mamá y le dije: sabes qué? Vente rapidísimo, porque yo me estoy volviendo loca y mi mamá rapidísimo llegó a mi casa.</p> <p>- La primer persona que yo tengo para apoyarme es mi esposo y él nunca me ha dado la espalda, sino todo lo contrario, intenta ayudarme a encontrar una solución.</p> <p>A. Si tengo tanta ansiedad o tengo un problema, le hablo a todo el mundo y me siento tan tranquila.</p> <p>Una vez agarré a mi marido y le dije es que ayúdame, necesito ayuda, necesito que me lleves al hospital, a un psiquiátrico, no sé. O le hablo a veces y le digo es que sabes qué, me puse muy mal.</p> <p>B. A mi novio le llevo a comentar muchas cosas porque es muy mi amigo, ha visto muchas situaciones aquí en mi casa y hasta cierto punto es un apoyo para mí, sí me ha ayudado mucho, me escucha.</p> <p>Bl. A veces con una amiga trato un poco de desahogarme.</p> <p>S. Abría mi puerta, la dejaba abierta, buscaba con quien hablar. Un día le toqué a mi vecina y no estaba, le hablé a mi hermana la más chica.</p> <p>E. Ahorita me estoy refugiando mucho en mi novia y en mi mamá.</p> <p>A veces no le cuento mis cosas a mi novia, pero por el simple hecho de estar con ella me siento tranquilo, me siento así como protegido.</p> <p>An. Mi esposo, cuando éramos novios me ayudó muchísimo, a él si le pude decir todo lo que me estaba pasando, todo lo que estaba sucediendo en la casa.</p> <p>Me iba con mi amiga pero falleció, me hace tanta falta. Una y otra os platicábamos nuestros problemas, nadamás a ella me acercaba porque no tengo confianza con nadie más de platicar.</p>
Busca apoyo profesional.	<p>E. Un día dije es que la verdad sí necesito que alguien me escuche, alguien, no que arregle mis problemas, pero sí que me oriente. En la escuela hay un departamento de psicología y fui y me dijeron que sí tenía problemas, que sí tenía depresión y me empezaron a hacer unas pruebas psicométricas, pero en el transcurso de que me empezaron a hacer esas pruebas se me compuso, así como que me da el down, así me da la subida.</p> <p>También un día que estaba desesperado fui hace como dos meses a un psiquiatra con mi mamá.</p> <p>L. Por la necesidad con mi terapeuta hablo dos horas con él diario, diario.</p>
Se apoya en sus creencias religiosas	<p>An. Cuando me sentía mal iba a la iglesia del Cristina, iba yo ahí ante el santísimo, iba por lo regular cuando sabía que no había mucha gente, que sabía que estaba a media luz. Me hincaba ante el santísimo y ahí lloraba, lloraba, a veces rezaba, a veces le hablaba, ya salía yo más desahogada, sentía que se me quitaba un peso de encima.</p> <p>Me dice una de mis hijas: ¡ay mamá, pero como es posible que un día antes del día más feliz de mi hermana tú estés con esa cara! Empecé a llorar y le digo: Ay hija, me siento tan mal, pero tan mal, que te juro que yo quisiera ahorita irme a la iglesia del Cristina ahí donde está el santísimo. Te juro que empecé a sentir una paz, desde la cabeza y me fue recorriendo y se me quitó aquella tristeza porque invoqué al santísimo, porque mi deseo era estar con él, soy mala, soy muy pecadora, pero sentí la satisfacción de sentir a nuestro señor que me estaba consolando..</p>
Lo niega.	<p>V. Cuando iba yo en el CCH, quise tapar mi angustia, quise tapar mi</p>

	<p>ansiedad, quise tapar mi tristeza diciendo: a mí nadie me lastima, yo soy aquella, la que puede tener 25 mil novios y con nadie se clava, nada me duele y de más, cuando pues ya muchos años después me doy cuenta que no era así, porque esa situación con José Luis yo no la superé hasta que hace unos años.</p> <p>6. Ya después de eso se me pasó o lo pude ocultar o lo quise ocultar, no sé si voluntaria o involuntariamente.</p>
<p>Ha cambiado la manera de enfrentar las crisis</p>	<p>V. Yo creo que sí, porque ahora sé identificar muchas cosas, como el detonante de mis crisis y hace que vengan con mucha menor intensidad, si antes no sabía porqué de pronto me comenzaba a sentir mal, ahora ya sé, una luz, un olor, un lugar, ya sé identificar porqué, intento ubicarme, decirme a mi misma que ahora soy una persona distinta y que no es como lo estoy percibiendo, que esas mariposas en el estomago o esa angustia que de pronto me llega, es porque me estoy remontando a otros tiempos, a otro lugar, a otras personas y que no tengo porqué sentirlo, ahora, trato de calmarme yo misma y eso me ha ayudado mucho a que no llegue tan fuerte, ya no la dejo avanzar, aunque todavía estoy en ese proceso, porque no estoy del todo bien pero ya me siento mucho mejor que antes, ya no le tengo miedo a perder a mi mamá por ejemplo, es algo que he asimilado y ya no me siento responsable por lo que le pase, he comprendido que soy una mujer adulta, con una familia y que ya no soy la niña de 7, 8, 9 años.</p> <p>B. Todavía hay momentos en los que me siento triste, pero procuro ya no caer otra vez, porque soy de las personas que fácil puedo volver a caer al hoyo.</p> <p>He llegado a deprimirme uno o dos días, si me siento triste ahora sí me da por llorar, pero trato de que ya no me dure tanto, trato de distraerme o buscar hacer algo, que mi mente ya no esté estancada en eso, ya busco otras salidas.</p> <p>An. Ya no las siento tan canijas como en aquel entonces que me salía corriendo; antes me acostaba y me ponía a llorar, ahora pus me acuesto también pero ya no a llorar. Ahora en vez de salir corriéndome siento como aplastada, como con ganas de no hacer nada.</p> <p>L. El 23 de octubre firmamos la sentencia y sentí un alivio, hasta cierto punto ya no estoy tan impaciente, ese hormigueo en el estómago, me estoy relajando, me estoy dando la oportunidad de aprender esta nueva forma de vida y estoy aprendiendo a quitarme el miedo a la soledad. Necesito una pareja porque me gusta, porque quiero, porque me siento joven, con ganas de rehacer mi vida. Sé que va a llegar alguien bueno a mi vida, que me acepte como soy.</p> <p>Todavía no estaba divorciada y me llegó una persona con el mismo patrón de mi marido, alcohólico, con miedos y siendo macho, yo me aferré tanto a él.</p> <p>Yo ya no quiero vivir con lágrimas, me acuerdo sí, todos los días oigo una canción y me acuerdo de mi tristeza, de mi depresión y veo que estoy un poco mejor porque ya no hay ese miedo tan fuerte como lo sentía, ya no hay ese rencor ni ese resentimiento y estoy tranquila, sola pero tranquila.</p>

PERIODOS DE DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Al ampliar las relaciones sociales	<p>V: La angustia yo la sentía desde que tengo uso de razón hasta el cuarto grado de primaria, que debí haber tenido 9 años mas o menos, ahí, empecé a tener mas amigas, empecé a salir, a convivir a apartarme un poquito, pero continuaba, en una escala del uno al 10 que antes era hasta el 10, te puedo decir que disminuyó al 6; yo sentí que esa angustia se calmó de alguna manera cuando yo entré a la secundaria, esos 3 años de secundaria han sido los más felices de mi vida porque fue una etapa muy bonita, fue la etapa en la que empecé a sentir menos angustia.</p>

TRATAMIENTO RECIBIDO PARA LA DEPRESIÓN.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Tx. Psiquiátrico.	<p>V. Comencé a ver al doctor de la Peña que es un conocido de Daniel y me dio medicamento.</p> <p>Pero cuando el doctor me dijo: Yo espero que con el medicamento ya estés bien, que no necesites otro tipo de terapia, mas que la farmacológica, yo le dije: sabe qué doctor creo que yo tengo mucha necesidad de hablar. El intento darme terapia, yo no conozco mucho de terapias, pero creo que eso no era una terapia, él solamente me escuchaba. Fuimos con el dr. Falcón, me mando otro medicamento totalmente diferente y pues también tardó bastante en hacerme.</p> <p>Comencé a tomar el medicamento del dr. Falcón. 2 antidepresivos, 2 ansiolíticos, 2 neurotransmisores y otro que no recuerdo para qué es, me daba muchísimo sueño y ya después me acostumbré, sin embargo no me resignaba yo a la idea de estar tomando medicamento toda la vida, porque tenia el antecedente de mi mama.</p> <p>S. El doctor me mandó un medicamento que sirve para la ansiedad, no me acuerdo como se llama y el Tafil, llegué a tomar dos al día de .5.</p> <p>Después fui con un psiquiatra, le conté todo, ya me explicó lo que es una depresión, incluso me dio un caset, me dijo: yo te entiendo. O sea bien bello el doctor. Me dijo: esto te va a hacer que sientas de nuevo amor por tu casa, por tu esposo, por tu hijo. Me mandó el medicamento, el Artuline, que continuara con el Tafil y unas inyecciones de Samir, que son para que te haga más rápido el medicamento.</p> <p>Sólo fui en una ocasión con él, me dijo que no me quería ahí cada quince días ni cada mes, que le hablara por teléfono cuando él me dijera y sí. Sigo con el tratamiento, pero ahorita ya me lo disminuyó y también me mandó el té de las flores que es un tranquilizante.</p> <p>E. El psiquiatra me dio una receta con un coctail como de unas cinco medicinas, antidepresivos, antipsicóticos, porque tenía así como que ideas paranoicas.</p> <p>En verdad, con muchísimo gusto me hubiera gustado tratarme, pero \$600.00 cada consulta no es nada barato y la verdad no estamos muy bien económicamente.</p> <p>Anorita nadamás me estoy tomando el Tafil de las 4 o 5 medicinas que me mandó.</p>

	<p>G. Me llevaron con un psiquiatra, me mandó muchas medicinas, eran tres medicamentos, no me acuerdo cuales eran pero no te los daban sin receta. Los tomé como dos meses.</p> <p>An. He visto como a unos cinco o seis psiquiatras. Uno de ellos me hizo una pregunta que no supe contestar ¿Porqué si él era tan borracho lo había soportado tantos años? Pues seguramente es porque lo quiero doctor.</p> <p>A parte del diazepam he tomado imipramina, amitriptilina. El psiquiatra al que estoy viendo ahorita me va haciendo ajustes por teléfono de los medicamentos, lo que ahorita tomo es el clonasepan, meyeril y teoridacina. Tomo una pastilla del neurólogo, de los micro infartos, yo creo que por eso caminaba como borrachita, hasta pena me daba salir a la calle y me mandaron la sinarisina para el mareo.</p> <p>L. Me dieron gases carbónicos, electroshocks. Cuando yo estaba recién casada, todavía no estaba mi hijo tuve una sesión de diez gases carbónicos (por el intento de suicidio de su madre).</p> <p>La última depresión que yo tuve que estuve en estado de coma me dieron Valium, Librium, Diazepam.</p> <p>Fue una depresión bastante severa porque hasta la fecha estoy tomando Carbomazepina, Tegretol que son para los ataques epilépticos, para la esquizofrenia, para las convulsiones y estoy tomando Ribotril, una cosa muy ligera pero tiene Diazepam.</p> <p>Antes de entrar al Centro Médico me metió mi mamá al psiquiatrico de Fray Bernardino, me hicieron pruebas psicológicas, psicométricas, no sé los resultados, duré una tarde nadamás internada porque mi mamá dijo: de aquí la saco, porque si no está loca, me la van a enloquecer.</p> <p>Estuve en el piso de neurología y luego en el piso de psiquiatría en el Centro Médico. Estuve internada como seis meses o un año, se supone que me dieron la Carbomazepina, pero una dosis muy alta y de Diazepam y lo sigo tomando de por vida, ya mi cuerpo está totalmente intoxicado. Le dijeron a mi mamá que ya no me podían tener en el Centro Médico porque me pasaban de un piso a otro y no encontraban nunca nada. Los encefalogramas salieron completamente normales, entonces tenía una encefalitis viral, que es lo que reportaban los médicos.</p> <p>Me traen a la casa, pero me vuelvo a poner mal y me llevaron al San Rafael, ahí estuve con camisa de fuerza, ahí me empezaron a recuperar, de qué forma no lo sé. Me dieron electroshocks, recuerdo que me ponían una mascarilla en la cara y yo como que me sentía que se ahogaba la gente y yo veía a dos monstruos encima de mí, deteniéndome. De la noche a la mañana desperté, empecé a tratar de hablar, a tratar de caminar, de recordar y empezaron mis terapias.</p>
Naturismo, otros	<p>S. También me mandó unos té's, unas hierbas, una de San Juan y otra de tres flores que es también un tranquilizante. Me daba masajes, me puso agujas, también me estuvo tratando con cosas que huelen y todo eso.</p>
Terapia psicológica	<p>V. A un psicólogo, le platique lo que me había pasado y me dijo pues es que eso si está mal, entonces él comenzó a darme terapia.</p> <p>En terapia llevo como dos años y medio.</p> <p>B. he buscado psicólogos pero ya no continué. Lo busqué porque tenía una amiga que tenía muchos problemas y pues nos juntábamos las dos. fuimos al Centro de Apoyo a la Mujer, estuvimos yendo con una psicóloga, pero fue como una semana. Me escuchaba individual y las</p>

	<p>terapias de autoestima y otras cosas eran en grupo, pero ya no seguía yendo.</p> <p>L. cuando yo regreso a mi casa no me puedo enfrentar a mi vida cotidiana, pues yo no entendía la problemática tan fuerte que hubo, porque mis hijos fueron muy dañados. Paulatinamente fui adaptándome, me quitaron todo lo que me recordaba esa etapa de enfermedad, me los quitaron todos, mis cuadernos donde hacía mis tareas, cuando empezaba a sumar. Todo eso yo quisiera rescatarlo porque ya no me duele hablar de eso, me fortalece, son detalles en donde esa amnesia que tuve durante... no sé si fue un año, dos años, esa etapa de mi vida es una incógnita. Una de las terapias fue adaptarme a un trabajo y hasta 1992 más o menos, creo haber salido.</p> <p>De la noche a la mañana me llega una persona que es mi terapeuta, lo he visto tres veces, pero diario tenemos terapia vía telefónica.</p>
Grupos de autoayuda.	<p>V. Antes de llegar a las manos de mi psicóloga estuve 3 o 4 sesiones en un grupo de neuróticos anónimos.</p> <p>B. Reportó haber asistido alrededor de 1 año a un grupo de relaciones destructivas, motivada por el hecho de asumirse como una persona "muy dependiente" y "débil", agregó, "soy muy sentimental y sensible, todo me daña", razón por la cual, sus parejas sentimentales han abusado emocionalmente de ella.</p> <p>En dicho grupo se maneja una terapia de reflejo al escuchar las experiencias de otras personas e identificarse con ellas.</p> <p>Posteriormente tomó un curso de yoga, donde le enseñaron a manejar su energía a través de ejercicios de respiración y meditación, mismos que aún practica cuando se siente deprimida y la hacen sentirse mejor temporalmente.</p> <p>L. Mi hija tiene una amiga en el trabajo que es terapeuta de ALANON, entonces me hace una cita con ella porque yo veo a mi hijo que está muy mal, entonces él va a una consulta con ella, porque hay mucho resentimiento de él hacia el papá y tardó cuatro horas. Yo voy con ella un domingo y tardé seis horas en la terapia.</p>
Ninguno.	<p>B. Un día me dí cuenta, es como si despertaras, ay chihuahuas, pues es tal día, tal hora, tengo tantos años y qué pasó atrás, no he hecho nada, absolutamente nada de lo cual yo me sintiera bien.</p> <p>Mucha gente me decía tienes todos los síntomas de una persona deprimida; estaba deprimidísima. Yo misma como que ya tenía la necesidad de hacer algo, ya ni yo misma me aguantaba.</p> <p>Hubo alguien que se acercó a mí, una amiga y me dijo: sabes qué? hay otra manera de vivir, hay muchas maneras de salir de ahí, porque si te sigues sintiendo así, te vas a seguir hundiendo y no vas a salir porque así es esto. Ella me dijo: yo te veo mal, como que no te comportas como los jóvenes de tu edad, ella es mucho más grande que yo, tiene como 38 años y me dijo: no es normal tu comportamiento y fue por eso que me dí cuenta.</p> <p>Bl. No he pensado en ir a un psicólogo.</p>
Se rehúsa a aceptar ayuda profesional	<p>A. cuando yo supe que tenía que hacerme la tomografía de cráneo y todo dije ay no, que se vayan a la fregada, es que es una sacadera de dinero con los doctores y dije no, yo me controlo solita</p> <p>Yo no he querido buscar ayuda profesional, porque cuando vas a un</p>

	<p>médico, a otro, vas a mil psiquiatras y te cobran carísimo y ves que no resulta (refiriéndose también a la enfermedad de su madre), entonces en un principio yo no iba por lo que costaba y ahora, a lo mejor me hago tonta, yo creo que es el miedo el miedo a que mi esposo siempre me dice no si tu no estás mal, pero yo realmente estoy convencida de que tengo un problema.</p> <p>Si mis hijos se enferman quiero que todo mundo se entere, y que todo el mundo tenga la atención en eso, pero no quiero perder el tiempo en mí, en ir a un psiquiatra, un psicólogo, es perder mi tiempo y mi dinero porque es gastarlo en mí y siempre he sido así.</p> <p>B. Cuando asistía al grupo de autoayuda, al salir de cada sesión su estado de ánimo mejoraba, hasta que un día se le instigó para participar y exponer su experiencia, situación que la llenó de angustia y decidió no regresar, pues al llegar a su casa “me sentí muy mal”, pues reconoció que hay cosas que no desea confrontar porque le duelen y prefiere mantenerlas alejadas de su mente. Además, de que sentía miedo de desarrollar cierta dependencia al grupo por su misma personalidad dependiente.</p> <p>Expresó que sabe que al buscar ayuda “tendría que romper con muchas cosas”, entre ellas su relación de pareja actual, que considera como destructiva porque la daña y no se siente preparada para realizar cambios en su vida.</p> <p>E. Mi mamá siempre me decía, es que tenemos que ir a un psicólogo, a un psiquiatra y yo no quiero porque no me gusta estar pidiendo ayuda, no me gusta hacerme el sufrido.</p> <p>A mí no me gustaría ser farmacodependiente, sí me gustaría ser así como que una persona que puede controlar sus sentimientos y emociones y no estar dependiendo de las pastillas esas.</p> <p>Sí me gustaría ir con un psicólogo o psiquiatra, pero yo sé que mis problemas son nada, que hay gente más jodida que yo y que lo ha superado. No me creo tan débil para necesitar un poquito más de apoyo, pero hay veces que sí me hace falta.</p> <p>G. Ya no tomo el medicamento, no soy afecta a tomar mucho medicamento y menos para eso, mucha gente se acostumbra, yo pienso que uno tiene el carácter para salir de lo que tiene uno.</p> <p>Pienso que si algún día me llegara a poner otra vez igual, con lo que ha pasado con mi familia no volvería a admitir tomar medicamento. Mi papá tenía cinco años con herpes, dejó de caminar, tenía el cinturón de quien sabe como se llama, ya no lo podían ni agarrar. El doctor me dijo que lo habían dejado por la diarrea y quería saber qué medicamento estaba tomando, le digo: Ay no sé, por donde quiera encontré cajas vacías de medicina; dice entonces su papá se intoxicó de tanta medicina que tomó.</p>
--	---

AVANCES O MEJORÍA CON EL TX PARA LA DEPRESIÓN.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Han disminuido los síntomas,	V. Muy a gusto me empecé a sentir, no te digo que de la noche a la mañana, porque no fue así, pero sí empecé a sentir mejoría. En ese momento a mí me sirvió bastante porque yo me desahogaba.

<p>estabilidad. Pero no se ha erradicado.</p>	<p>Tardó en hacerme pero me hizo y estuve mucho tiempo con medicamento estable, sin variaciones. Ya he estado estable y afortunadamente ahorita estoy a un paso de dejar el medicamento psiquiátrico. El tratamiento psiquiátrico sí me funcionaba pero no sabía yo manejar las situaciones, no se me quitaba del todo, te puedo decir que se me quitó un 97 %, pero ese 3% aun me seguía dando mucho miedo no saber controlar esas emociones. S. Salía yo de ahí (el consultorio médico) muy tranquila, y sí me sentí un rato bien, pero al rato me regresó otra vez esa ansiedad, esa desesperación. Dejé de tomar el Tafil porque ya me sentía bien, estaba muy tranquilo y ya lo estoy volviendo a tomar porque a veces sí me dan mis depres. Me tomo media pastilla en la mañana y media pastilla en la tarde. Sí he sentido mejoría, por ejemplo hoy amanecí medio deprimido y me las tomé y ahorita ya estoy bien. G. Salí un poco con el medicamento. An. Sí me ha dado buen resultado gracias a Dios (el medicamento psiquiátrico). Sí porque ya al menos me puedo levantar a hacer algo de la comida o quehacer, antes no podía hacer nada. L. Ha estado trabajando y mucho y sí hay momentos que me viene, como todo, es un sube y baja, hay depresiones, pero ya son más cortitos esos momentos, más largos los de alegría, los de la aceptación, los de vivir bien para mí.</p>
<p>Ha logrado comprender aspectos de sí mismo.</p>	<p>L. Toqué fondo y en la separación yo me empiezo a dar cuenta de que mi autoestima estaba destruida, él traía traumas. Cuando yo tuve unas terapias con el Grupo ALANON estuve analizando mi situación, yo traía un resentimiento muy fuerte con mi papá, porque cuando yo era pequeña vi a mi mamá sufrir tanto que dije ¿porqué te moriste?. Cuando yo empiezo a trabajar un poco con la neurolingüística, empiezo a darme cuenta de que yo soy la que estoy más mal que el alcohólico. La terapeuta de ALANON a mi hijo lo ayudó y le despejó hasta cierto punto el panorama. Yo ahí ví que era una madre gris, ví que quería estar a expensas de los demás y hacer lo que los demás quisieran para yo sentirme aceptada, sentirme querida y que esta relación ya no podía funcionar. Ahí veo el rechazo hacia mi padre, el enojo que le tenía a mi papá, fue cuando saqué a flote muchas situaciones con lo de mi hermana, como yo me sentía insegura. Y empiezo a leer los doce pasos de ALANON, a ver cómo teníamos que trabajar, que yo estaba más enferma que él. Empiezo a leer el libro de la codependencia, el libro del Camino hacia las lágrimas, libros que me han ayudado muchísimo, en donde yo tengo que empezar a valorarme, quitarme esos miedos, el desapego, el libro que me ha ayudado es el de Los Cuatro Acuerdos. Mi terapeuta me hace centrarme y ver que y tengo que tomar decisiones por mí misma, sean buenas o sean malas. La relación con mi ex esposo era sádico masoquista, enfermiza cien por ciento y no tengo planes de regresar con él, cerré un círculo.</p>
<p>Ha logrado o intentado</p>	<p>L. Quiero rescatar todos mis valores que me fundaron de autoestima, de seguridad, de amarme a mí misma.</p>

modificar su estilo de vida o moldear características personales.	Soy a veces muy monótona, tengo miedo a hacer un cambio radical porque todavía tengo patrones muy fuertes y te cuesta trabajo. Pero también cuando uno cambia choca con el entorno social, porque me conocen como la apagada, la dejada. Le tenía miedo a mi secretaria y ahora me le enfrento.
Poca o ninguna mejoría.	V. Yo creía que ahí iba a encontrar la solución y no la encontré (en neuróticos anónimos). Tampoco me convenció su terapia, en el momento me ayudó, pero ya después no. B. Sentí que me ayudó, pero a la vez el cargo de...o el remordimiento de que Ay que no tengo la capacidad yo para salir yo sola adelante? Me hizo dejarla. L. No salí de los gases carbónicos y o iba en picada, hasta que llegué a estar en estado de coma.
Peor que al principio	V. Al año, él me quita el medicamento y yo me vuelvo a sentir peor que como al principio.
Bastante mejoría	V. A partir de que yo entré en terapia psicológica yo he visto grandísimos avances en mi, granadísimos, de sesión a sesión yo he visto pasos agigantados en este trayecto. S. Es un doctor tan hermoso (el psiquiatra), se te queda viendo nadamás y deja que hables y hables y hables, o sea, te desahogas totalmente. Yo salí con una tranquilidad, con una confianza que me dio. Inmediatamente a los quince días me empecé a sentir súper bien. Llegué a dormir tanto y yo no soy de dormir corrido. L. Las sesiones de los gases carbónicos tuvieron mucho éxito, cada sesión salía muy relajada, con mucha autoestima, con muchas ganas de mejorar mi estilo de vida.

EXPLICACIONES QUE HAN RECIBIDO SOBRE LA DEPRESIÓN.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Bases fisiológicas	V: Una de las cosas que me han explicado los 2 psiquiatras que he visto, que el organismo cuando empieza a relajarse es cuando entonces la hipófisis que es en este caso lo que no te funciona correctamente cuando estas deprimido, es cuando la hipófisis empieza a protestar, cuando se siente todo tu sistema relajado, entonces, pues yo supongo que por el hecho de estar contenta, tan relajada ese día,
Hereditario, bases genéticas	A. De lo que me he informado del trastorno bipolar que es genético, que no se quita jamás,
Información sobre los signos y síntomas	A. He oído que del gusto pasas al susto, gasta el dinero, hablan mucho de la verdad, tu dices que es la verdad, hacen chismes, o sea cosas que no dices cuando estás en tu realidad.
Bases psicológicas	S. Fui con un doctor y me dijo, si sigues pensando te puede suceder ahorita o en un mes o en un año o en dos pero porque lo tienes aquí (señala la cabeza)

PROPIA CONCEPCIÓN DEL ORIGEN DEL PADECIMIENTO.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Es heredado, genéticamente o de generación en generación.	<p>A. A parte de que es genético lo transmites, Si tu vives con la persona, a mí lo que me preocupa mucho es transmitírselo a mis hijos.</p> <p>L. Yo siento que todas estas depresiones tienen relación con la herencia también, yo tuve una bisabuela que fue mártir y alcohólica, yo no tuve contacto con ella, no era una persona depresiva, era una mártir. Mi mamá es una persona muy fuerte, pero también es una persona amargada.</p>
Bases fisiológicas	<p>A. Hasta donde sé es algo que no te llega al cerebro, pero yo siento que algo lo tiene que desencadenar.</p> <p>L. Cuando yo tenía veintiocho o veintinueve años quería estar muy delgada, porque le gustaba a mi pareja que estuviera delgada, pero mi complexión no es de estar delgada, entonces tomé un año anfetaminas y ese año pues nadamás me la pasaba café, anfetaminas y lechuga. Dicen los doctores que yo tuve una encefalitis viral, pero eso no es cierto es una depresión.</p>
Conflictiva personal. Con base en las propias características.	<p>L. Yo era una persona codependiente de un alcohólico y me empezó una depresión muy fuerte. Yo veía por él, no veía por mí.</p> <p>Si no tenemos nosotros nuestros conceptos de autoestima bien fundados, bien cimentados, podemos flaquear, de ahí viene la depresión.</p>
Problemas familiares	<p>E. Me empecé a enfermar, empecé a hacer de los problemas de mis papás mis problemas y me angustiaba, yo los oía gritar, decirse de majaderías.</p> <p>Yo creo que me dio depresión por lo de mi papá.</p> <p>An. Yo creo que fue esto a partir de lo de mis papás.</p>
Pérdida o amenaza de pérdida real o simbólica de alguno de los padres.	<p>A. Cuando yo tenía 6 años mi mamá fue la primera vez que se enfermó, yo veía quería romper los vidrios con el puño, cuando se quería cortar las venas, o cuando se tomaba muchas pastillas, entonces yo siento que todo eso se te queda muy fijo.</p>
Acontecimientos estresantes o traumáticos.	<p>A. El abuso de mi abuelo, yo creo yo siento que eso a mí no me afecta, pero sí me afecta en cuanto le afecta a mi mamá, porque yo siento que eso yo lo superé, yo siento que tampoco nunca me afectó en cuanto a mis relaciones sexuales, pero a lo mejor si me afecto en cuanto a lo que te digo que me pierdo, o sea ese momento en que me pierdo. Yo lo veo con mi mamá, le paso y se le determinó el problema bipolar, a mí se me figura que voy por el mismo camino y yo tenía una amiga muy muy allegada que sí era totalmente bipolar, una vez ella me comentó que por parte de su papá hubo abuso sexual, entonces yo siento que la enfermedad ya la trae pero algo la tiene que desencadenar.</p> <p>Pero una ira como...de algo que no pude sacar a lo mejor, siento una ira que ...o sea yo siento que es algo que tengo dentro de mí como un trauma, como un algo que ahí lo saco.</p> <p>El origen yo no lo sé, pero yo estoy convencida que un trastorno de estos tiene que ver algo en tu niñez o a lo mejor en tu adolescencia que</p>

	<p>te marca y te hace ser así.</p> <p>S. Antes de lo de la garganta yo no me sentía angustiada, fue a raíz de que yo sentí la muerte. Yo veía la angustia de mi hijo, cómo me gritaba y sus lágrimas, el dolor, cómo estaba de espantado, de angustiado.</p>
--	---

PERCEPCIÓN DE LA INSTALACIÓN DEL PADECIMIENTO.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Como un castigo	An. Le digo a mi esposo, nosotros hemos de haber sido muy ojetes para que nuestros hijos se hayan casado tan... luego se recibieron o crecieron, se casaron y nunca nos ofrecieron nada, y en casa de mi vecina es al contrario, todos trabajan y todos aportan por eso su casa está tan bonita y él me dijo: pues a lo mejor sí, hemos de haber sido muy malos padres para que nos dejaran tan pronto todos. Y eso es lo que pensamos. Mi esposo me dice hemos de haber sido muy malos para estar pasando las que estamos pasando.
Como una oportunidad para resolver conflictos personales.	V. Yo creo que ya traía cargando muchas cosas y esto fue como un aviso de que tenía que resolverlas, había muchas cosas en mi vida que no estaban resueltas, todavía hay cosas que no he resuelto pero siento que ya llevo un gran camino ganado, no lo veo como algo catastrófico o algo así, yo lo tomo como una oportunidad para crecer, para ser mejor persona, para mejorar muchas áreas de mi vida

ANTECEDENTES DE DEPRESIÓN EN LA FAMILIA.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Uno o ambos padres.	<p>V. Refirió que ambos padres padecen depresión.</p> <p>A. Yo tenía 6 años cuando mi mamá se enfermó (trastorno bipolar), estuvo en crisis un año, en el Fray, inclusive le dieron electro shocks y tardó mucho tiempo en salir.</p> <p>E. Mi mamá se ponía a dieta, empezó a tomar anfetaminas todo un año y se volvió loca, entonces entró al manicomio, yo tenía como 4 o 5 años. Mi mamá padece depresión, bueno, yo a veces la noto como que un poco de chantaje. Toma Diazepan de por vida.</p> <p>An. Mi mamá.</p> <p>L. Mi mamá</p>
Hijos	L. Mi hijo.
Hermanos (as)	V. Los 4 de mi familia que han padecido depresión, además de mí, únicamente se han tratado con medicamento, a Eduardo le funcionó en su momento, lo dejó y hasta ahí quedó, mi hermana Maribel también tomó poco tiempo medicamento psiquiátrico, pero yo sé que no ha salido de esa, tiene muchas cosas por dentro que de alguna u otra manera se manifiestan, con migrañas, con gastritis, colitis. En Eduardo se manifiestan con neurosis. Mauricio paso por un proceso muy difícil que fue haber terminado con una novia con la que llevaba 13 años y también estuvo con medicamento psiquiátrico poco tiempo, pero él se inclino mucho hacia el lado espiritual y esa fue la manera de sanar su cuerpo y su alma, Ana toma medicamento y por cuestiones económicas no puede

	<p>todavía tomar terapia psicológica y sin embargo esta dispuesta a hacerlo, estamos viendo la manera de que vea a la misma psicóloga que veo yo.</p> <p>G. Mis hermanas Ana y Yaki. Las dos fueron con el mismo psiquiatra al que me llevaron. Ahorita mi hermana Yaki está mucho muy mal, no le ha funcionado nada, tiene como un mes deprimida.</p> <p>An. Mis hermanas Yaki y Gabriela.</p> <p>L. Mi hermana y mi hermano</p>
Abuelos	<p>V. Se sabe que sus dos abuelas padecieron depresión</p> <p>L. Mi bisabuela</p>
Parientes	<p>A. Una de las primas de mi mamá.</p>

REACCIÓN Y ACTITUD DE LA FAMILIA O GENTE CERCANA ANTE EL PADECIMIENTO.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
De apoyo. Le brindan atenciones	<p>V. Después de eso mis hermanas como que se dieron cuenta que tenían que estar mucho al pendiente de mí, yo se lo platique a mi hermana Silvana, me dijo es que estas súper mal, tomate los medicamentos por favor, estate en contacto con nosotros, cada ratito me hablaban por teléfono, principalmente mi hermana Ana, Silvana y mi mamá, y yo no me podía quedar sola, por prescripción medica, tenia que estar con alguien, quien me estuviera supervisando, entonces todo el tiempo me estaban cuidando.</p> <p>S. Mi hermana le habló a mi vecina después y le dijo ue me encargaba mucho con ella y también les habló a mis papás y mi mamá me habla y me dice: vamos para allá hija, tienes que ver a un médico.</p> <p>G. A mí me ayudó mi hermana Yaki</p> <p>An. Ana, Mauricio, Vica y Mariano me hablan por teléfono, me dicen que no me ponga así, que me alivie, que no les gusta verme mal. Ellos me hablan por lo regular y les digo cómo me siento.</p>
De preocupación	<p>E. Mi mamá es muy aprehensiva, yo no puedo contarle mis problemas porque las mamás son tan apapachadoras que se hacen de los problemas de los hijos sus problemas. Creo que tiene bastantes problemas para todavía achacarle los míos.</p> <p>An. Mi familia se preocupó, pero pus no pasó de ahí, no podía pasar nada más.</p>
De indiferencia. O De rechazo	<p>A. Mi marido no me ve cuando me pongo tan mal, él nunca está, pero cuando llega y le digo pues me puse mal con los niños, les grité, les pequé, ay gorda pues tranquilízate. Una vez le dije ayúdame, necesito ayuda, se me quedó viendo y me dijo es que no sé como ayudarte, le dije es que yo necesito que me lleves al hospital a un psiquiátrico, no sé, ha si, mañana te llevo. O sea yo veo que él no lo toma tan a la dimensión que es.</p> <p>B. En mi casa a veces sí perciben cuando estoy deprimida y a veces no porque están muy metidos en sus rollos y a lo mejor mi mamá sí se da cuenta porque tiene ojos en la espalda, pero no me dice nada, deja que yo lo resuelva.</p> <p>Mi hermana a veces sí lo nota y nadamás me saca la sopa y no me ayuda en nada, eso es molesto.</p>

	<p>Mi hermano es de los que no se mete en la vida de nadie, si me ve triste no me pregunta, si ve que estoy llorando no me dice nada, se sale, me deja sola.</p> <p>Mi papá casi no tiene la oportunidad de verme así.</p> <p>Va. Conmigo es con la que más pelea, pero con su papá es bien distinto, a él le hace panchos y él puede fácilmente meterse en la televisión y olvidarse de que está haciendo el drama, o le para el alto más fácilmente sin darle tanta explicación.</p> <p>E. Hace poco tuvimos un problema mi novia y yo porque le contaba mis problemas y había veces de que por su parte no sentía el apoyo, yo sentía así como que pus ráscate con tus propias uñas y eso me sacaba mucho de onda. No tiene ni una sola palabra de aliento para mí.</p> <p>Mi hermana es muy seca, muy parca, muy dura, muy fría, muy frívola, siempre le cuento mis cosas, así como que: Ay estás mal, o sea, estás exagerando, ya bajale a tus rollos.</p> <p>Entonces no me puedo desahogar con nadie, con mis amigos igual, una vez le dije a una amiga: qué crees? mi papá ya lleva como siete días tomando y me dijo: Ay ya vas a empezar con eso. Entonces mejor me quedo callado.</p> <p>G. Ya no me siento con la libertad de platicar quizá porque ya no me comprenden.</p> <p>Mi hermana Ana y todos sus hijos, cuando mi esposo me dejó, había una canción con la cual yo lloraba por él y todos cuando veía que llegaba me ponían mi canción y era cosa de ponerme a llorar exageradamente, ví que todos estaban gozando, desde ahí me he querido detener mis cosas.</p> <p>An. Me levanto y voy a la casa de mi mamá y me dice ¿Cómo sigues? Le digo: mal mami y me dice: ¿Vas o te quedas? Porque me voy al cine. Yo iba a buscar consuelo en mi mamá y me sale ella con eso, pues me hizo sentir muy mal eso también.</p>
De explosividad	<p>Va. Yo soy de las que me prendo y empiezo a decir groserías (a su hija)</p>
De crítica o enojo.	<p>Bl. Mi mamá siempre se la pasa diciéndome que estoy mal, que no hago nada bien. Mi papá se molesta, es de enojo su reacción.</p> <p>E. Cuando le cuento mis problemas a mi novia como que se enoja.</p> <p>G. Antes me sentía yo muy tranquila con mi esposo, le platicaba, me sentía apoyada y ahora ya me quedo callada con mis cosas porque hago que le agarre más coraje a mi mamá o de quien se trate hablar. Mi esposo en lugar de ayudarme no me quiere ver llorar y eso es malo.</p> <p>An. En una ocasión llegó mi esposo y yo estaba acostada, me volteó bruscamente y me dice: ¿Y ora qué?, le digo: ¿Qué de qué?, me dice: ¿Porqué estás acostada?, le digo: porque me siento mal, me dice: Vaya, qué bien, apenas estoy saliendo yo y ya empezaste tú también, a mi me dolió mucho que me haya dicho eso porque pus no es culpa mía, nadamás pensaba en él.</p>

MODIFICACIÓN DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES A PARTIR DEL PADECIMIENTO.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
Son más cercanas.	L. He tratado de cultivar más mis amistades que hasta eso yo no las cultivé
Demanda más atención y afecto.	E. Yo le dije a mi novia: te advierto que todas esas carencias que yo tenía en mi casa no las quiero volver a tener, no quiero que haya descuidos de parte mía ni de parte tuya, no quiero que haya problemas, quiero que sea una relación bonita y aunque el mundo se esté cayendo en pedazos, ponernos nuestros lentes de color rosa porque lo necesito. Tal vez no darne cuenta, imaginarme o hacer mi mundo color de rosa. No ha sido fácil, así, crecer y ahorita así mi papá, ver que no se preocupa por mí y entonces yo no quiero tener ni una sola carencia como la que tuve antes.
Se preocupa por los demás (maternal).	V. Definitivamente sí, antes me asumía como la niña que necesita protección, atención, cariño, pero por otro lado, como la madre protectora que quiere resolverle la vida a todo el mundo, yo daba y daba y me olvidaba de mí, siempre estaba disponible para los demás, esto obviamente por la relación con mi mamá, yo siempre fui la mamá de mi mamá no su hija y ella fue mi hija en vez de mi mamá. Es algo de lo que estoy trabajando en terapia, aunque la verdad no lo me podido modificar del todo, por ejemplo con mi esposo, yo el rol de mamá lo sé jugar muy bien y mi psicóloga me dijo es que en vez de tener una hija y un esposo, tienes dos hijos y pues eso está mal, me está costando mucho trabajo cambiarlo, pero lo estoy trabajando.
Se antepone a los demás	L. Mientras estaba yo casada era primero mi marido y luego mis hijos, mis abuelos, junto con mi madre y mis hermanos, ahora ya ha habido un cambio radical, ahora estoy primero yo, luego mi hijo, porque mi hija ya está casada, tiene su vida hecha, mi abuelo que ya necesita de mí, mi madre que ya es una persona adulta mayor y mis hermanos. Tengo que ver por mí, es un gran paso en donde soy primero yo, luego yo y siempre seré yo.
Intenta marcar límites	L. Ya no soy la misma persona dejada o dulce que se dejaba de todos, soy muy sentimental, lloro por todo, eso sí no se me quita.

MODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES A PARTIR DEL PADECIMIENTO.

INDICADOR	REFERENTE EMPÍRICO
No ha cambiado sus actividades cotidianas.	A. Corro como toda mi vida toda mi ansiedad, o sea, siempre estoy bajo presión. Siempre tengo esa ansiedad, siempre tengo prisa.
Realiza menos actividades que antes.	S. Antes me levantaba a las 6.00 y llevaba a mi hijo a la escuela, ahora ya lo lleva su papá. A partir de que me enfermé, como no sabía ni qué tenía en la garganta, me dijeron que no me bañara en la mañana, sino en las noches, entonces yo soy de las que si no me baño no salgo. A parte me dijeron te tienes que cuidar. Nada más me oía toser y: ¡¿Qué tienes?!. Mi esposo, cuando me veía enferma del riñón, se levantaba más temprano y me hacía el quehacer, lo que me podía avanzar de la comida, me decía

	<p>que no hiciera nada y me hablaba por teléfono, me daba para irme en taxi por el niño, me cuidaba mucho.</p> <p>An. Antes le daba una vuelta completa al deportivo, ahorita ya no, se me ha hecho pesado porque no me he sentido muy bien del todo.</p>
--	--