



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**“LA CONSTRUCCION DE LA DEPRESION INFANTIL”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

**Elizabeth Figueroa Vargas**

**Directora: Lic. Arcelia Lourdes Solís Flores**

**Dictaminadores: Lic. Irma Herrera Obregón**

**Lic. Gerardo Abel Chaparro Aguilera**



**Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **Resumen**

El presente trabajo se realizó con el objetivo de analizar las formas de abordar la depresión infantil, hacer una propuesta para entenderla como un problema psicosomático y reflexionar sobre el tratamiento de un caso. En el escrito se habla de la conceptualización, caracterización, diagnóstico, etiología y tratamiento de la depresión infantil. Abordando diferentes posturas psicológicas y la medicación utilizadas para su tratamiento. Se expone el contexto social e individual en que se ubica la depresión infantil, proponiendo abordarla como un proceso psicosomático, y considerando algunos elementos de la terapia gestalt como un recurso que se aproxima al trabajo con el cuerpo. Así mismo, se muestra y analiza un caso de un niño tratado en la CUSI en donde se concretiza la teoría y los procesos culturales de la depresión. Además de que se observa el procedimiento utilizado para atender al paciente y los resultados obtenidos.

## Índice

<b>Introducción</b>	<b>4</b>
<b>Capítulo I. “Conceptualización y tratamiento médico y psicológico”</b>	<b>7</b>
• Definición y caracterización.	<b>9</b>
• Diagnostico.	<b>12</b>
• Explicación.	<b>15</b>
• Tratamiento.	<b>17</b>
• Medicación.	<b>21</b>
<b>Capítulo II. “La Depresión Infantil como problema psicosomático”</b>	<b>24</b>
• Depresión en su contexto social.	<b>25</b>
• La familia y la depresión.	<b>29</b>
• La depresión en el cuerpo: terapia gestalt para abordarla.	<b>31</b>
<b>Capítulo III. “Reflexiones sobre un caso de depresión”</b>	<b>39</b>
• Población.	<b>40</b>
• Instrumentos.	<b>40</b>
• Caso clínico.	<b>41</b>
• Diagnostico.	<b>44</b>
• Metodología.	<b>47</b>
• Resultados.	<b>55</b>
• Análisis de resultados.	<b>57</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>59</b>
<b>Referencias</b>	<b>65</b>

## Introducción

Los cambios sociales tienen impacto en cada uno de nosotros en un nivel familiar y personal, afectando todo lo que realizamos, incluso la forma en que enfermamos. Actualmente las enfermedades no son mayoritariamente de orden infeccioso, sino que las formas de vida se han articulado en padecimientos que van modificando la armonía del cuerpo.

A partir de la industrialización se fueron complejizando los estilos de vida, las personas se llenaron de estrés, de deseo por objetos materiales, de exigencias por tener un mejor estatus social, y sobre todo cambió la forma de relacionarse con otros. Se produjo una sociedad en donde pondera lo económico, se busca un estilo de vida modelo, la competencia es una actitud predominante y el bien individual está por encima del bien común, estos procesos además de otros llevaron a que se incrementara la incidencia de padecimientos de orden psicosomático, como es la depresión.

La depresión se ubica en este contexto mercantilista, representando no solamente un problema de salud mental sino social y económica ya que afecta a una gran cantidad de personas y apunta a ser una de las principales causas de incapacidad laboral. Es evidente el incremento de este padecimiento en la población adulta por el estrés y la presión por pertenecer y cumplir con las exigencias sociales, no obstante, el padecimiento se ha democratizado hasta la población infantil. Las enfermedades psicosomáticas que resultaban exclusivas de los adultos ahora son parte cotidiana de las problemáticas infantiles.

La depresión se ha convertido en una de las principales enfermedades causantes de la pérdida del mayor número de años de vida saludable. En años anteriores su incidencia era baja, pero cada vez ha tomado mayor importancia por el aumento de casos. Lo cual ha atraído la mirada de los especialistas de la salud para intentar dar solución al problema, sobre todo porque sus efectos también se viven en los niños.

Lo importante sería preguntarnos por qué los niños pueden presentar un cuadro depresivo si se supone que son el ícono de la felicidad y la despreocupación, ¿cómo es que cada vez la población va perdiendo el sentido de la vida en edades más tempranas? Y cómo es que en estos días, en los que se supone que cada uno de nosotros se enfrenta a un mundo moderno que ofrece todo, encontramos un incremento en los casos en que las personas sienten un gran vacío existencial y una aterradora soledad.

La situación es grave y a partir de hace algunas décadas se ha reconocido la existencia de la depresión infantil porque anteriormente se creía que solamente se podía presentar a partir de la adolescencia, pero ahora sabemos que los niños también están a la alza en esta problemática.

Por eso se ha intervenido de manera multidisciplinaria, los psicólogos y los médicos han trabajado atendiendo el síntoma de acuerdo a su objeto de estudio desde diferentes posturas teóricas como son: cognitivo-conductual, racional-emotiva, gestalt y sistémica. Y la medicina psiquiátrica.

Bajo estas perspectivas que están enfocadas a un objeto de estudio particular se alimenta la fragmentación del sujeto y se ignoran algunos aspectos que también lo

conforman, no consideran que una depresión, al igual que otras enfermedades, es un proceso de construcción que depende de cómo un sujeto significa y se apropia de lo que vive, y no es el producto de una causa específica.

Por lo que resulta importante explicar el problema a partir de una visión que contempla al cuerpo como una unidad indisoluble con aquello que lo rodea, en donde se pueda entender la relación de cooperación órgano-emoción y como se relacionan las enfermedades con los procesos de vida<sup>1</sup>. Además de que se entienda este proceso depresivo en un contexto mexicano, con casos concretos que rebasan los fríos números de las estadísticas y que dan muestra de cómo está la sociedad.

En consecuencia, el objetivo del presente trabajo es analizar las formas de abordar la depresión infantil, hacer una propuesta para entenderla como un problema psicosomático y reflexionar sobre el tratamiento de un caso.

Para cumplir el objetivo se hablará, en un primer capítulo, de la conceptualización, caracterización, diagnóstico, etiología y tratamiento psicológico y médico de la depresión infantil. Posteriormente, en el capítulo dos se hablará de las condiciones sociales en donde se ubica la depresión infantil, de la influencia familiar, del proceso psicosomático y de las carencias particulares de los niños que los lleva a la depresión, tomando la terapia gestalt como un recurso que se aproxima a la propuesta. El capítulo tres constará de la exposición y análisis de un caso de un niño tratado en la CUSI en donde se concretiza la teoría y los procesos culturales de la depresión. Finalmente se presentarán las reflexiones y conclusiones sobre el tema y el caso presentado.

---

<sup>1</sup> Sergio López Ramos, *El cuerpo humano y sus vericuetos*. México, Miguel Ángel Porrúa, 2006.

## Capítulo I. Conceptualización y tratamiento médico y psicológico

Históricamente los niños han sido concebidos como símbolo de bondad, felicidad y diversión. Atribuyéndoles la falta de conciencia sobre los acontecimientos de su entorno. Los sentimientos de tristeza, angustia y ansiedad sólo se registraban en la población adulta, haciendo alarde de la sencillez con la que se vive en la infancia. Por lo que la depresión no estaba ni siquiera contemplada en la niñez.

La depresión infantil es un padecimiento de interés actual, el reconocimiento y conceptualización del problema dentro de los manuales de psiquiatría y de psicología tiene apenas un par de décadas. La idea de que la felicidad y la alegría son características de la etapa infantil, provocó que los cambios de humor en los niños fueran ignorados, sin embargo se ha comprobado la existencia de los mismos en edades tempranas y se ha observado el incremento en la incidencia por lo que ya se ha aceptado un trastorno depresivo en la infancia.

El creciente impacto del padecimiento de la depresión ha formado una alarma generalizada ya que tan sólo en México, al menos 40 por ciento de la población económicamente activa está deprimida. Del 12 a 20% de entre 18 a 65 años de edad están deprimidos o sufrirán un episodio depresivo en algún momento de su vida, esto es, más de 8 millones de personas en el país<sup>2</sup>.

No obstante, en los últimos años ha llamado la atención el incremento de casos infantiles presentados, no solamente en México sino a nivel mundial, afecta al 6% de

---

<sup>2</sup> ISSSTE, "Con depresión, ocho millones de mexicanos; solo el 30% acude a recibir tratamiento". México, D.F., 2002. Recuperado el 25 de marzo de 2010 en: [http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2002/agosto/b132\\_2002.html](http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2002/agosto/b132_2002.html).

niños y adolescentes<sup>3</sup>. La situación es grave debido a que se ha comprobado que los suicidios en la infancia están vinculados, en gran parte, con el padecimiento de depresión.

En México, el suicidio constituye la tercera causa de muerte infantil en todo el país. En los últimos años se documentó un notable incremento en la frecuencia de suicidios entre la población infantil y juvenil, sobre todo en el Distrito Federal, Yucatán, Campeche, Tabasco y Jalisco. Según las estadísticas de mortalidad del INEGI hay un aumento del 6.2% en suicidios en menores de quince años en los últimos 10 años, y un 8.7% más que hace quince años, sobre todo se observa este crecimiento en niños de entre 10 y 14 años, considerando que estos porcentajes son solamente de los casos registrados y consumados<sup>4</sup>.

Lo terrible de estas estadísticas es que en ellas no se muestran sólo números, sino un proceso histórico y familiar que se concreta en el cuerpo y que están manifestando la decadencia social y cultural, en donde los niños no están exentos. Además de que muestran la magnitud del problema, el cual tiene consecuencias sociales y económicas nada alentadoras.

Es bajo este panorama que se inicia una serie de discusiones y posturas para teorizar y tratar la depresión infantil ya que hay quienes aseguran que no es un trastorno específico sino que está enmascarado en algún otro problema. También

---

<sup>3</sup> OEM en Línea, "Es el suicidio tercera causa de muerte infantil: Conapo" México, D.F., 2007. Recuperado el 25 de marzo de 2010 en: <http://www.oem.com.mx/esto/notas/n267715.htm>

<sup>4</sup> INEGI. *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios Cuaderno Núm. 10*, México, Dirección General de Estadística, Geografía e Informática, 2004.

aseguran que la depresión infantil es específica y diferente a una depresión en el adulto. O que la depresión en niños se manifiesta de igual forma que en los adultos<sup>5</sup>.

Los argumentos de cada una de estas posturas son válidos, y cobra mayor fuerza el hecho de considerar la depresión infantil como un padecimiento específico con características propias y características similares a las de un adulto, ya que a pesar de que en algunas ocasiones se detecta la depresión vinculada con otros problemas, en los manuales de psiquiatría se ha caracterizado y aceptado como un padecimiento independiente.

La depresión, al igual que otras psicopatologías infantiles, se ha tratado como una extensión de la metodología, diagnóstico y tratamiento de la población adulta, lo cual resulta un problema para algunos porque consideran que debe abordarse dependiendo la etapa de desarrollo<sup>6</sup>. Sin embargo, en la práctica sólo se hacen adaptaciones del trabajo que se realiza con adultos y se aplica con niños bajo los mismos principios.

### **-Definición y caracterización**

La depresión es actualmente un padecimiento de “moda” por el incremento y por la cotidianeidad con la que es tratada, casi cualquier persona se diagnostica y diagnostica una depresión. El término es tan común que se utiliza como un equivalente de tristeza o desgano en un día cualquiera.

---

<sup>5</sup> Franciso Xavier Méndez, *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*, Madrid, Piramide, 2001.

<sup>6</sup> Manuel Jiménez Hernández, *Psicopatología Infantil*, Madrid, Aljibe, pp. , 1997.

Sin embargo, la depresión no es una actitud o estado de ánimo de un día, sino algo más complejo. Se puede definir como una enfermedad caracterizada por el desinterés o indiferencia por muchas actividades cotidianas, incluidas las sexuales, lúdicas y afectivas. Se da un estado de ánimo de humor triste, a veces ansioso, o un sentimiento de vacío<sup>7</sup>.

De acuerdo con el DSM-IV establece los siguientes síntomas como característicos del trastorno depresivo mayor:

- A.- 1. Estado de ánimo irritable o triste la mayor parte del día.
  - 2. Pérdida de interés en las actividades.
  - 3. Pérdida o aumento de apetito/peso.
  - 4. Insomnio o hipersomnia.
  - 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
  - 6. Fatiga o pérdida de energía.
  - 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa.
  - 8. Disminución de la capacidad para pensar/concentrarse o indecisión.
  - 9. Pensamientos de muerte o ideas, planes o intentos de suicidio.
- B. Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.
- C. No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general.
- D. No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de 2 meses<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Miguel Arnal y Javier Benavente, *Las depresiones del adolescente. Una ayuda para padres y profesores*. Valencia, UPV, 2004.

<sup>8</sup> First, M. et al. *DSM-IV-TR manual de diagnóstico diferencial*. Traducción: Massana, G., et al. México, Masson, 2002.

El DSM-IV maneja los mismos criterios diagnósticos para la depresión en adultos que en niños, exceptuándose porque en niños y adolescentes se incluye el síntoma de irritabilidad mientras que en adultos no se considera un síntoma que contribuya al diagnóstico. Con relación a la “pérdida de peso” se especifica que un paciente pediátrico puede presentar el criterio de falta de apetito y alteraciones en el peso por no alcanzar las medidas esperadas normalmente de acuerdo a la edad<sup>9</sup>.

Lo característico de una depresión infantil es que muchas veces pasa inadvertida y disfrazada entre otros problemas ante a los cuales los niños responden de manera similar.

Un niño, a diferencia de un adulto, no aceptará un estado de tristeza, es más común que el problema se descubra en los cambios de conducta y en sus propios juegos. Un niño no puede elaborar representaciones depresivas, se siente amenazado ante ese estado por lo que presenta una tendencia a huir a través de la somatización<sup>10</sup>.

La sintomatología que presentan niños con depresión entre los cinco y diez años es apatía, desinterés por el juego, aislamiento, agitación, hipersensibilidad, inseguridad, agresividad, irritabilidad, aburrimiento, dificultad de concentración, rabietas, dificultades escolares, desesperanza, sentimientos de inferioridad, e impulsos suicidas<sup>11</sup>.

---

<sup>9</sup> David Shaffer y Bruce Waslick, *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*, España, Ars Medica, 2003.

<sup>10</sup> Arfouilloux, J., *Niños tristes: la depresión infantil*, México, Fondo de Cultura Económica, 1983.

<sup>11</sup> Polaina, *Las depresiones infantiles*, Madrid, Morata, 1988.

A los anteriores se agrega una apariencia hermética, en la cual el rostro está fijo, sin expresión de ninguno de los sentimientos habituales. El cuerpo casi no se mueve, el andar es lento, la voz baja y monótona. Se muestra una incapacidad para experimentar emociones y sensaciones. Presentándose una búsqueda por la soledad y la tendencia al aislamiento, así como una fatiga mental y física constantes, y una preferencia por el riesgo y la agresión. También en los niños comúnmente se presentan trastornos corporales como en el sueño, en la digestión y en la presencia de dolores constantes<sup>12</sup>.

Todas estas características son necesarias para realizar un diagnóstico, ya que se retoman para buscar los síntomas en el individuo y poder determinar el estado depresivo.

#### **- Diagnóstico**

Para diagnosticar un episodio depresivo mayor se deben presentar mínimo cinco de los síntomas de la lista de síntomas del DSM-IV incluyendo uno de los primeros dos (estado de ánimo irritable o triste y pérdida de interés en las actividades), con una frecuencia constante durante un periodo de dos semanas, que representen un cambio a la actividad previa<sup>13</sup>.

Además los síntomas deben causar un malestar significativo, no ser causa de enfermedades o uso de sustancias, tampoco se explican por un duelo, persisten por más de dos meses y se caracterizan por incapacidad funcional.

---

<sup>12</sup> Pauline Morand de Jouffrey, La Depresión, Madrid, Acento Editorial, 1996.

<sup>13</sup> Óp cit.

El proceso de evaluación en niños es diferente al de los adultos ya que en un adulto se da mayor peso a la entrevista, y en los niños resultan primordiales las fuentes colaterales como entrevista con los padres, registros médicos, charlas con adultos que convivan con él, observaciones. La información proviene principalmente de fuentes externas que guardan una relación estrecha con él.

Parte del diagnóstico se basa en medidas fisiológicas y cognitivas como son:

- Análisis de sangre, orina y saliva que estudian alteraciones hormonales (niveles elevados de cortisol, o niveles bajos de la hormona del crecimiento).
- Electroencefalograma para distinguir patrones anómalos del sueño (alteraciones en la continuidad del sueño, reducción de los movimientos oculares lentos, aumento de movimientos rápidos al principio de la noche).
- Historia clínica general.
- Entrevistas estructuradas.
- Instrumentos que recogen información de los síntomas, intensidad, frecuencia, distorsiones cognitivas y supuestos personales<sup>14</sup>.

Los diversos instrumentos diagnósticos que se utilizan para el diagnóstico se dividen dependiendo del tipo de población a la que son aplicados, del grado de estructuración de las preguntas, o para evaluar el grado de la depresión. Y algunos son los mismos que para los adultos. Algunos de ellos son

---

<sup>14</sup> Arnal y Benavente, óp. cit.

- BDI (Inventario para la valoración de la depresión) que principalmente cuantifica la sintomatología.
- Escala de actitudes Disfuncionales de Weisman y Beck, proporciona una idea de las creencias y supuestos predominantes en el sujeto.
- Escala de Desesperanza donde la persona responde verdadero o falso según su actitud hacia las expectativas futuras.
- Escala de pensamientos suicidas.
- Escala auto aplicada de Depresión de Zung
- Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton, que se utiliza tanto en adultos como en adolescentes y niños<sup>15</sup>.

En el diagnóstico cobra gran importancia la etapa de desarrollo en que se encuentra el paciente, porque para los más pequeños los indicadores dependen de otras personas principalmente siendo las reacciones de la etapa infantil son especialmente psicofisiológicas y motoras. Conforme va aumentando la edad adquieren relevancia las respuestas cognitivas y los indicadores depresivos van quedando en manos del paciente.

A partir de la información que se recaba para diagnosticar la depresión se pueden dar una serie de explicaciones para entender el padecimiento, y tanto médicos como psicólogos participan en esa tarea.

---

<sup>15</sup> Idem.

### -**explicación**

No existen causas únicas para explicar la depresión infantil, sino que se hay diferentes variables que pueden considerarse factores de riesgo. Dentro de la parte biológica están los siguientes factores:

- Genética: haciendo referencia a que en la historia familiar se encuentran casos de padres con trastornos del estado de ánimo pudiendo ser hereditarios.
- El temperamento que marca el estilo heredado con el cual se va a relacionar el individuo con el medio.
- Factores endocrinos: determinan que ciertas hormonas están asociadas con los trastornos del estado de ánimo, como la desregulación en la secreción suprarrenal de cortisol o de la hormona del crecimiento.
- Neurotransmisores distorsionados, principalmente cuando está alterada la función de la serotonina.
- Alteraciones en la anatomía del cerebro<sup>16</sup>.

Por otra parte están los correlatos psicológicos:

- Factores cognitivos: actitudes disfuncionales. Visión pesimista, estilo atribucional negativo, desesperanza aprendida, el desarrollo de un estado de pasividad ante acontecimientos negativos.
- Acontecimientos negativos de la vida, experiencias de fracaso, factor estresante o precipitante.
- Abuso infantil.

---

<sup>16</sup> óp. cit.

- Deficiencia en la regulación afectiva, los niños deprimidos son menos capaces de poner fin a los estados afectivos negativos en el momento oportuno<sup>17</sup>.

Y los factores socio ambientales:

- Un bajo nivel de reforzamiento positivo.
- Estimulación aversiva.
- Relación negativa con el entorno enfermedades, peleas familiares, fracasos académicos, migración social<sup>18</sup>.

Algunos de los factores que resultan riesgosos o que favorecen a que se presente la depresión están la falta de confianza en sí mismo, que el niño se sienta diferente al resto de los niños; la imposibilidad para cumplir con las exigencias del medio tanto familiar como escolar y finalmente la falta de tiempo para la relación con sus padres<sup>19</sup>.

Considerando todos estos aspectos pareciera que el abordaje de la depresión ha considerado integralmente al individuo, completando un tratamiento entre lo que compete a lo físico, a lo mental e incluso la parte social. Pero realmente no hay una articulación entre estos factores, sino que cada uno de los especialistas aborda solamente la parte que le corresponde. Lo cual se ve claramente a la hora del tratamiento, donde además, influye la postura teórica que cada psicólogo adopte.

---

<sup>17</sup> Idem

<sup>18</sup> idem

<sup>19</sup> *óp. Cit.*

## - Tratamiento

Los programas de tratamiento de depresión infantil, tienen como finalidad mejorar el estado de ánimo del niño, conjugando en algunos casos la parte médica y la psicológica.

Básicamente las líneas de la terapia de la depresión infantil son las mismas que las de la adulta, pero las estrategias concretas se adaptan según la edad y los intereses del niño. Un terapeuta infantil debe saber manejar los conceptos abstractos a un nivel que puedan entender los niños.

Los tratamientos psicológicos de la depresión, como en el resto de los problemas, varía de acuerdo a la postura teórica desde el cual se aborde. Algunos terapeutas utilizan diversas estrategias según lo que necesite el paciente, sin inscribirse necesariamente a un marco teórico determinado. En la práctica gana el eclecticismo, se combinan terapias y se utiliza un enfoque multimodal<sup>20</sup>.

Sin embargo, teóricamente cada uno de los enfoques propone diferentes formas de concebir y tratar la depresión. A continuación se exponen brevemente algunas perspectivas que abordan la depresión infantil.

### \* Psicoterapia Familiar

Este enfoque sitúa el episodio depresivo en el contexto de las relaciones interpersonales y se centra en los conflictos interpersonales actuales.

---

<sup>20</sup> Victoria del Barrio, *Depresión infantil. Causas, evaluación y tratamiento*, Barcelona, Ariel, 1997.

Con la terapia interpersonal se busca descubrir los patrones de interacción familiar que mantiene la conducta depresiva y modificarlos basándose en la acción conducida por el terapeuta y así disminuir los síntomas y mejorar las relaciones.

Con los niños se abordan temas como la separación de los padres, el desarrollo de relaciones interpersonales amorosas, las primeras experiencias con la muerte y las presiones de los compañeros<sup>21</sup>.

#### \* Terapia Racional y Emotiva

Esta terapia se basa fundamentalmente en conseguir un cambio en las ideas irracionales que alteran la situación emocional de los sujetos por otras consideradas más racionales y adaptativas.

Debido a que esta terapia utiliza como base el uso de la razón, es difícil aplicarla con los niños porque no es la razón una de sus facultades más potentes. Sin embargo se ha tratado de adaptar al mundo infantil y se pretende enseñar a un niño a cambiar su forma de pensar sobre las cosas, pero adecuándose a situaciones concretas.

Es así que el análisis se va a establecer de acuerdo a situaciones específicas y concretas de la vida cotidiana del niño en donde se detecten fallos en las ideas racionales. Esta terapia no es para niños pequeños, sólo se puede aplicar en aquellos cuya edad sea superior a los 7 años<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> idem

<sup>22</sup> idem

### \* Terapia Gestáltica

En el enfoque Gestáltico se considera que la depresión es un estado en el cual se encuentra distorsionada la configuración figura-fondo. Y es a través de la toma de conciencia por contacto, sensación y activación produce una nueva gestalt saludable.

El termino Gestalt hace referencia a una entidad de percepción a un algo que está completo, a un todo. Es una entidad formada por la interacción entre una forma y un fondo, la cual permite a las personas organizar sus percepciones en un todo<sup>23</sup>.

Al no estar terminada una Gestalt una persona no puede estar disponible para otro tipo de experiencia has dar fin a una experiencia incompleta con su vida. Y hasta que dicha Gestalt no esté terminada la persona hará todo por repetir de forma compulsiva dicha experiencia, convirtiendo esto en un esquema repetitivo de comportamiento<sup>24</sup>.

El propósito de la terapia es restaura las partes perdidas de la personalidad y recuperar la experiencia y los funcionamiento rechazados. Esto se logra ocupándose de los papales fingidos y los huecos en la personalidad, utilizando el método de la constante vigilancia de la conciencia<sup>25</sup>.

La autoconciencia se logra a través de ejercicios como incrementar la atención sobre sí mismo, asumir la responsabilidad de una acción concreta y oponerla a la responsabilidad ajena, desarrollar la conciencia de los sentidos, aprender a aceptar la responsabilidad de todas las acciones propias. Normalmente la toma de contacto

---

<sup>23</sup> Petit, M.(1987). La terapia Gestalt, Barcelona, Cairós.

<sup>24</sup> Idem.

<sup>25</sup> Idem.

de la realidad se hace a través del análisis de las sensaciones y emociones que despierta<sup>26</sup>.

La terapia Gestalt pone gran interés en el cuerpo y la perspectiva del mismo, y esto es por la relevancia que tiene la inserción de los sentimientos en el cuerpo y las consecuencias que tiene dicha introducción. Este enfoque terapéutico respondiendo a este interés en el cuerpo introduce dentro de su metodología movimientos del mismo<sup>27</sup>.

#### \*Terapia cognitivo conductual

Esta terapia se basa en la premisa de que un pensamiento negativo contribuye al desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos. Estos pensamientos negativos se consideran “hipótesis” que deben evaluarse empíricamente a partir de la observación o el autoregistro<sup>28</sup>.

Los deprimidos no tienen suficientes situaciones de refuerzo por lo que un incremento en las situaciones placenteras se relaciona con el decremento de los síntomas.

Al elaborar un programa desde la perspectiva cognitivo- conductual, se tiene como finalidad producir que el niño aprenda a valorar sus sentimientos, que sustituya sus comportamientos generadores de emociones negativas por conductas adecuadas y que modifique pensamientos distorsionados; para ello se elaboran

---

<sup>26</sup> Op. cit.

<sup>27</sup> Op.cit.

<sup>28</sup> Shaffer y Waslick, óp. cit.

programas de educación emocional, se programan actividades agradables y se hace reestructuración cognitiva<sup>29</sup>.

En los programas de educación emocional, se enseña al niño que existen diferentes emociones, que diferentes situaciones producen diferentes emociones, y que la intensidad de la emoción varía dependiendo de la emoción; para lo cual el terapeuta debe identificar las situaciones y al intensidad de las emociones; en este apartado el psicólogo enseña al niño relajación mediante la tensión y distensión de músculos. Además del trabajo realizado dentro del consultorio, deja tareas para casa, de tal forma que el niño identifique los sentimientos que experimenta en su vida cotidiana<sup>30</sup>.

Una vez que el niño sabe identificar y evaluar la intensidad de sus emociones, se hace énfasis en la relación entre su comportamiento y sus sentimientos, se elijen una serie de actividades agradables que debe llevar a cabo en su vida cotidiana; para garantizar que estas se llevan a cabo el psicólogo se vale de cuatro estrategias que son persuasión, es decir, rebatir discursos falsos del niño para no realizar las actividades; gradación, que consiste en aumentar gradualmente la duración de las actividades; motivación, que se refiere a administrar incentivos; y colaboración que se refiere a la implicación de padres, maestros y compañeros de escuela, de tal forma que garanticen que el niño lleve a cabo las actividades; también se fomenta esto para que no se queden solos y así disminuyan las probabilidades de intentos de suicidio<sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> Méndez, F. X. *El niño que no sonríe: estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid, pirámide, 2002.

<sup>30</sup> Idem

<sup>31</sup> idem

En la Terapia Cognitivo Conductual se apuesta a la modificación de sentimientos, comportamientos y pensamientos característicos de la depresión a través del entrenamiento de habilidades sociales, de solución de problemas, formación asertiva y regulación emocional<sup>32</sup>.

### **-Medicación**

Existe toda una serie de terapias médicas de la depresión, tanto la de naturaleza física como son los electrochoques, como de naturaleza química (fármacos) que pretenden regular la conducta depresiva mediante su aplicación. El propósito del tratamiento farmacológico es conseguir la reducción del episodio y la prevención de recaídas. Los antidepresivos utilizados en niños son: tricíclicos (ADT), tetracíclicos, inhibidores de la monoaminoxadasa, inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS)<sup>33</sup>.

Los antidepresivos tricíclicos son los más utilizados, sobre todo en trastornos depresivos mayores, se recomienda que se combine el tratamiento farmacológico y la terapia cognitivo-conductual, usando los antidepresivos sólo en casos de depresión muy profunda ya que su uso tiene algunos riesgos y efectos secundarios. Los ISRS tiene menos efectos secundarios y está demostrada su eficacia. Tienen un riesgo mucho menor de mortalidad por sobredosis que con los ADT<sup>34</sup>.

Se sugiere la mayor precaución y cautela para la administración de antidepresivos ya que todos tienen efectos secundarios. No se recomienda la

---

<sup>32</sup> óp. Cit.

<sup>33</sup> Shaffer Óp. Cit.

<sup>34</sup> Robert E. Hales y Stuart C. Yudofsky, *Tratado de psiquiatría clínica*, Barcelona, Masson, 2000.

administración de los mismos en menores de doce años sin embargo si se utilizan, sobre todo cuando la tendencia suicida es muy alta<sup>35</sup>.

Los efectos secundarios dependen de la dosis administrada y principalmente son: síntomas gastrointestinales, disminución del apetito, disminución o aumento de peso, dolor de cabeza, inquietud psicomotora, nerviosismo, temblores, insomnio o hipersomnias, incremento en la frecuencia cardíaca<sup>36</sup>. Todos estos síntomas producto del uso de antidepresivos requieren de otro tratamiento, para lo cual se recetan medicamentos que contrarresten los efectos pero que tiene otras consecuencias en el cuerpo y generando otros padecimientos.

Otro recuso médico es la terapia electro convulsiva que se utiliza en casos muy severos de depresión en donde la tendencia suicida es muy alta y no tiene efecto la medicación ni la terapia psicológica. Esta terapia consiste en un choque eléctrico que ocasiona un período corto de actividad irregular en el cerebro, lo cual libera ciertos neurotransmisores que hace que las células cerebrales funcionen mejor. Sus efectos secundarios son provocados por los electro choques pero también por la anestesia requerida para tal procedimiento, estos incluyen pérdida temporal de la memoria a corto plazo, confusión, náusea, dolores musculares y dolor de cabeza. En casos más graves se pueden generar problemas con la memoria, con la presión sanguínea y la condición cardíaca. Es importante señalar que aun terminando el tratamiento electro convulsivo es necesario tomar antidepresivos para prevenir las recaídas<sup>37</sup>.

Los tratamientos médicos resultan invasivos porque solucionan el problema inmediato pero van generando otros o propician que el paciente este en constante

---

<sup>35</sup> idem

<sup>36</sup> Óp cit.

<sup>37</sup> Óp cit.

medicación para evitar recaídas, afectando así diferentes órganos y las funciones que estén asociadas a ellos.

Además, los enfoques psicológicos entienden el problema desde un plano cognitivo y racional, los ejercicios que proponen consisten en el cambio de cogniciones y pensamientos, o cuestiones relacionadas con la mente, buscan la sanación a través de la palabra, aún en los niños, la cuestión es que se olvidan de la parte corporal y tienen resultados sobre conductas específicas pero el problema de origen vuelve a surgir porque no se trabaja con la memoria del cuerpo por lo cual las emociones relacionadas seguirán latentes.

Si bien es cierto, se habla de una parte somática de la depresión, sobre todo en la infancia, pero la vinculación con la parte emocional se maneja de manera causal, y se trata de manera independiente apagando los síntomas con procedimientos médicos, que a la larga tienen más consecuencias negativas que beneficios.

A pesar de que se ha tratado de enfrentar la depresión infantil de manera integral, involucrando múltiples disciplinas y considerándola multicausal, se mantiene el error de concebir la situación como si fuese un rompecabezas que se compone de diferentes piezas que hay que atender aisladamente y que además van generando diversos problemas por tratar de solucionar uno.

Es por eso que creemos que el abordar la depresión como un cúmulo de factores que intervienen en el problema no es suficiente porque falta la articulación entre ellos. Falta concebir al cuerpo con su proceso de construcción, en donde influye tanto la historia del sujeto como la historia de la familia y del lugar donde vive.

Pero que al ser un proceso no se habla de partes aisladas sino articuladas en un todo.

En el siguiente capítulo se abordará la depresión infantil como un problema psicosomático que encuentra su construcción en el proceso social e individual. Y también se buscará una respuesta dentro de las terapias psicológicas que institucionalmente son aceptadas para poder dar un tratamiento.

## **Capítulo II. La Depresión infantil como un problema psicosomático.**

Explicar la depresión y el suicidio infantil va mucho más allá de un plano cognitivo o conductual ya que tiene implicaciones a nivel individual, familiar y social, así como también encuentra en la interrelación de todos estos ámbitos su propia construcción.

Las explicaciones psicológicas o médicas contribuyen a la fragmentación del cuerpo, dividiéndolo y abordándolo desde pequeñas partes en donde se especializa cada materia.

No solamente el cuerpo se divide en fragmentos para su estudio, sino que también la mente o lo psicológico, es por eso que existen especialistas conductuales, cognitivos, de lenguaje, del aprendizaje, de lo emocional. Combatiendo todos por priorizar su objeto de estudio y así dar cuenta de las problemáticas, que en este caso es la depresión.

Es hasta hace unas décadas que el atender problemáticas infantiles ha ido tomando fuerza por el cambio que se presenta en las enfermedades pediátricas incrementándose los padecimientos de orden psicológico y emocional. Además de la incidencia de las enfermedades que hace algunos años resultaban exclusivas de los adultos.

Se acusa a la baja autoestima, los problemas familiares, la presión escolar, la predisposición genética, alteraciones neurológicas, entre otras como causantes de la

depresión. Pero se ignora el proceso histórico cultural que se instala en el cuerpo y que se manifiesta como una enfermedad.

La concepción epistemológica que se propone para entender la depresión nos lleva a pensarla como un proceso y no como multicausal. Como un problema psicosomático, entendido como la unidad y la materialización de procesos histórico-sociales complejos. Siendo así, no hay diferenciación entre la conceptualización de una depresión infantil o una de adulto ya que al final es un proceso que se instala en el cuerpo. Entonces, vale la pena hacer una revisión del contexto bajo el cual se manifiesta este problema.

#### - **Depresión en su contexto social.**

El proceso social se sintetiza en el cuerpo y se manifiesta a través de él, con los diferentes padecimientos y formas en que se vive. Como seres sociales desde un inicio tuvimos que aliarnos con otros para poder sobrevivir y cumplir con las necesidades básicas, de alimentación y reproducción. Pero estas necesidades se fueron modificando y complejizando con el paso del tiempo lo que llevo a cambiar también la forma de relación con los otros.

En la sociedad mexicana se distingue el cambio del cuerpo y las relaciones con otros en distintas etapas. La primera es el encuentro de dos culturas, en donde una de ellas se impone a la otra cambiando su tipo de vestimenta, alimentación, lenguaje, religión, enfermedades, e incluso la manera de vivir, sentir y expresar las emociones<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Sergio López Ramos, *Órganos, emociones y vida cotidiana*, México, Los Reyes, 2006.

La segunda es con la introducción de la industrialización en el siglo XIX, caracterizada por la comida refinada, el estrés y la pérdida de identidad como grupo, además de la fuerte influencia de la religión para imponer el miedo y la culpa, todo esto para controlar el cuerpo<sup>39</sup>.

A partir de aquí la cuestión económica pondera a lo demás, y el expandir un mercado y crear capital resulta de suma importancia no interesando el costo o las consecuencias de lograrlo. Esto tiene como consecuencia una desigualdad en el crecimiento económico, la emigración del campo a la ciudad, el establecimiento de las clases sociales, el deseo de una mejor vida ante un estereotipo de bienestar.

Luego está la etapa contemporánea “en la cual el cuerpo se vende como un producto rentable en cualquier campo, en la que nos convertimos o asistimos a un tiempo donde lo corporal se hace un símbolo que sólo vende la forma y la esencia se pierde; por eso importa mucho la figura y no el interior”<sup>40</sup>. Esta etapa se caracteriza por el consumo y el hedonismo bajo principios mercantilistas del sistema capitalista y globalizado bajo el cual estamos regidos, y debemos pensar en cuáles son sus exigencias y sus consecuencias en la vida familiar e individual.

Los estilos de vida actuales exigen una serie de cosas que se mantienen en lo abstracto, el sistema genera frustración porque lo que se tiene y se mueve en el cuerpo no coincide con el prototipo, prácticamente se requiere responder a principios anónimos y sin cuerpo que crea un distanciamiento con los otros.

---

<sup>39</sup> ídem

<sup>40</sup> ídem. p.15.

Es una era que nos va aislando, que promueve el egoísmo, logrando que las personas actúen como extranjeros ante los de su misma especie. Lo que nos lleva a cambiar los estilos de relacionarnos. La familia, por ejemplo, como institución ahora está disociada, ya no existe un esquema familiar tradicional constituido por mamá, papá e hijos, el aislamiento ha traspasado esa dimensión, por eso cada vez aumentan los índices de divorcios, de madres solteras, de hijos únicos que crecen con el claro mensaje de “jugar solo”, que a la larga se convierte en un “vivir solo”, que además no les resulta exclusivo, ya que a pesar de vivir en familia y de tener hermanos, no se convive ni se interacciona con ellos.

En la escuela se imprime primordialmente la competencia, y la victoria por encima de sus compañeros, en los juegos se premia la destrucción del otro, los niños entran en ansiedad por cumplir con las exigencias escolares y estar en el cuadro de honor, de ser el mejor de todos, el triunfo individual se valora mucho más que un trabajo y beneficio colectivo.

Existe una promoción de la individualidad, la modernidad con sus tecnologías pretende ser una conexión con el mundo pero nos arranca la posibilidad de convivir realmente con otros<sup>41</sup>. Entre los amigos virtuales, las mascotas artificiales, y todo tipo de comunicaciones globales se fomenta la alienación, y las relaciones impersonales, a través de los medios electrónicos se pretenden establecer relaciones que se evitan con las personas reales que se tienen cerca.

Se acabaron los valores compartidos, y las tradiciones que unían, se está perdiendo la esperanza ante un panorama en el cual ya nada es sagrado ni respetable, ahora ya no vale la pena un esfuerzo por el otro, porque parece que ya

---

<sup>41</sup> Ernesto Sábato, *La Resistencia*, Argentina, Planeta, 2000.

nada tiene sentido. El individuo se vuelve escéptico, indiferente, despreocupado del bien común. Los otros le resultan molestos y por eso marca su distancia, los problemas de los demás le resultan ajenos, porque para la autorrealización se prescinde de la ayuda de los otros<sup>42</sup>.

Esta falta de compromiso y gratitud ante los otros y ante la vida generan un sentimiento de orfandad, de desconfianza, soledad y abatimiento, la sociedad está ante una gran crisis donde la gran mayoría de la gente se siente vacía. Además de que la desvinculación no solamente es con los otros, sino con la naturaleza y con el propio cuerpo. Con una visión antropocéntrica del mundo se ha permitido un atropello a cualquier forma de vida para lograr comodidades y objetivos humanos.

Se ha olvidado la relación con el macrocosmos y el contacto con la naturaleza, originando no solamente un desequilibrio orgánico sino espiritual. Existe un culto a los procesos destructivos porque no hay respeto por la vida<sup>43</sup>.

Vivimos con una actitud de queja constante, en desacuerdo, sin encontrarle sentido a las cosas, con inconformidad ante la vida por desear todo y vivir con la ilusión de poder tener y ser lo que nos han marcado como ideal y el choque que esto ocasiona con lo que realmente somos y queremos.

Con este panorama uno no debería sorprenderse ante el hecho de que cada vez haya más personas deprimidas. Asimismo se explica porqué la depresión este aumentando también en la población infantil, en edades cada vez más tempranas. El

---

<sup>42</sup> Beck, U. & Beck- Gersheim, E. *La individualización: el individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. México: Paidós, 2003.

<sup>43</sup> López, Óp cit.

proceso de construcción de este padecimiento se ha acelerado hasta el punto de concretarse en los individuos más pequeños, que ya no tienen que esperar a crecer para somatizar la decadencia social en la que vivimos.

En definitiva, es un orden que nos supera, pero que no es irreversible, sólo que hay una errónea concepción del mundo y las enfermedades psicosomáticas están incrementando porque la competencia no es el esquema natural de la especie, esta práctica social sólo lleva a la destrucción y degeneración del cuerpo, se requiere más bien de un sistema de cooperación y una concepción del cuerpo como la posibilidad del crecimiento espiritual.

#### - **La familia y la depresión**

Evidentemente, todos los cambios sociales van afectando y definiendo los estilos de vida de cada familia que la compone, lo cual ineludiblemente afecta a un individuo, para hablar de depresión se debe ir de lo general a lo particular y establecer cómo un ambiente social hostil tiene estragos en un individuo.

La familia resulta ser el vínculo entre la sociedad y el individuo, la transmisión de patrones culturales se da ahí. Es en la familia, en donde se aprenden formas de vida, que se ven repetidas de una generación a otra; entendemos como formas de vida desde algo que podría parecerse simple como la alimentación, es decir, ¿Qué?, ¿en dónde?, ¿con quienes?, y ¿qué hacemos mientras comemos?; hasta la forma en que expresamos y manejamos los sentimientos, todo concretizado en el cuerpo de un individuo. Como lo menciona López Ramos en la siguiente cita:

“Los integrantes del espacio familiar intercambian maneras y formas de vivir y eso permite que sus representaciones y vinculaciones se materialicen en el cuerpo, en comportamientos y formas de ver el mundo de la familia, que se constituye en un punto de referencia específico, que puede ser enriquecido y trastocado por los valores morales y éticos de la sociedad, más aún, por valores y vínculos del parentesco”<sup>44</sup>

Al hablar del intercambio de representaciones y vinculaciones materializadas en el cuerpo se habla de que en el proceso de formación de un individuo, los padres enseñan a los hijos no sólo aspectos de forma explícita, sino también aquello de lo cual no se tiene conciencia. La herencia transgeneracional no se limita a lo biológico, sino que traspasa los aspectos culturales, en donde las emociones están implicadas, y así se aprende a sentir, a manejar eso que se siente y a expresarlo como el resto de los miembros de la familia.

La familia constituye un ambiente especialmente importante tanto por las influencias que tiene en el comportamiento como por el conjunto de relaciones que en ella se articulan; hay un proceso por medio del cual el sujeto materializa y somatiza la relación familiar en su cuerpo.

Así pues, la depresión se puede transmitir hacia los hijos, y es comprensible que en un ambiente familiar que enferma se presenten niños abrumados por una tristeza que no es la suya y que arrastran como algo muy familiar<sup>45</sup>. Al igual que los comportamientos de autodestrucción y agresión que se presentan junto con la depresión, generalmente, son el reflejo de una historia familiar.

---

<sup>44</sup> Sergio López Ramos, *Zen y Cuerpo Humano*, México, Verdehalago, CEAPAC, 2000, p.38.

<sup>45</sup> Arfouilloux, 1983, Op cit..

La construcción de un sujeto se relaciona con la familia, ya que el sujeto es la expresión de las emociones de la misma y por tanto los órganos que ahí dominan serán la expresión de su vida corporal<sup>46</sup>. En la familia se heredan las angustias, los miedos, las inseguridades, las emociones y se establecen ritos que los sujetos interiorizan a tal grado que les parecen normales y no les permiten ver otras posibilidades de crecimiento, generando en ellos un vacío e inconformidad por no decidir en su vida sino que se le imponen los deseos familiares<sup>47</sup>.

Y pareciera que es determinante la manera en que se continúan los patrones familiares, pero no es así, porque cada miembro tiene la posibilidad de decidir acerca de su propia construcción. El problema es cuando se viven las condiciones familiares como algo muy natural, porque entonces se acaban las posibilidades de construir algo distinto y se asumen como propios los estereotipos de la familia<sup>48</sup>. Sin embargo, en la infancia es sumamente difícil librarse de la carga heredada, logrando así enfermar al sujeto con la enmarañada red de relaciones que ahí se conjugan.

En las vinculaciones familiares es de gran importancia la valorización la pérdida del afecto. Las formas en cómo se establecen los vínculos con los miembros de la familia es como se construirá la identidad corporal.

Con el abandono familiar, por la necesidad de integrarse al campo laboral, se cambiaron las formas de dar y recibir afecto, el amor se materializó, imponiendo formas de sentir y amar desde pequeños que se confrontan con la necesidad de cómo cada quien idealiza la expresión del sentimiento, provocando un vacío afectivo que desde muy temprana edad se traduce en un sentimiento de soledad que va

---

<sup>46</sup> López, 2006, op cit

<sup>47</sup> López, 2000, op cit.

<sup>48</sup> idem

acabando con la alegría de vivir<sup>49</sup>. El abandono afectivo-emocional es otra fuente de construcción donde el sujeto se expone a la baja autoestima, al aislamiento y la autodestrucción<sup>50</sup>. Los niños aprenden que para sentirse amados deben obtener recursos externos y materiales, pero esto se contradice con la esperanza de tener afecto por medio de la compañía y el contacto que depende del tiempo que se les pueda brindar.

Una emoción, como la tristeza, puede cambiar el curso del cuerpo, y cuando habita en el cerebro puede dominarlo, como es en el caso de la depresión<sup>51</sup>. Es así como los niños van creciendo con el sentimiento de inseguridad y soledad por tratar de cubrir las expectativas de sus padres, por concretizar sus deseos. Es aquí donde entra el papel de las emociones y estas tienen su expresión en el cuerpo de acuerdo a cómo son trabajadas en el ambiente familiar.

Además, también intervienen los elementos sociales que constituyen la niñez que tienen que ver con como se ha concebido esta etapa de la vida y el papel que juegan los niños en la sociedad.

Los niños forman parte de los denominados grupos vulnerables de la sociedad, al igual que las mujeres se encuentran en una situación jerárquicamente menor que requiere protección y conmiseración. Los niños están a expensas de lo que puedan ofrecerles en el interior de una familia, de los deseos y carencias de sus padres.

---

<sup>49</sup> Arcelia L. Solís Flores, *Obesidad, construcción social de un cuerpo.*, México, CEAPAC, 2007.

<sup>50</sup> Óp cit.

<sup>51</sup> Óp cit.

El contacto con las tecnologías y la vida acelerada que se lleva actualmente ha permitido que los niños al igual que los adultos se alejen de su propia naturaleza y pierdan el contacto consigo mismos.

La depresión, así como otras enfermedades, comprende al sujeto como la concreción de un proceso histórico cultural, es decir, como un todo en donde intervienen diversos aspectos y que se ponen de manifiesto en el cómo se encuentran las personas.

- **La depresión en el cuerpo.**

Al proceso histórico-social también se suma el hecho de que las personas están en una mayor desvinculación con su cuerpo y con la naturaleza. Nos encontramos en una era donde predomina la razón, donde lo más importante es estimular el cerebro por medio de sensaciones extremas, lo cual hace perder el sentido de la vida.

El apego a la razón, lleva a generar constantemente ilusiones y fantasías, al pensar en hacer y el pensar en sentir. Hay simulación porque las palabras y las elaboraciones cognitivas sólo hacen una ilusión porque no hay hechos, las emociones no se sienten en el cuerpo sólo están en el aire y en el pensamiento.

Es acá donde se da la ruptura y la división entre mente cuerpo, y todas las terapias psicológicas se centran en el cerebro o los estados emocionales alimentando esa ruptura por medio de la palabra. Hace falta en la práctica profesional del psicólogo introducir al cuerpo porque no somos solo inconsciente o conducta.

La supremacía de la razón nos ha llevado a desconectarnos de nuestra intuición y de nuestro cuerpo. Los sentimientos, los deseos y las pasiones están presentes en la conciencia en forma de representaciones platónicas<sup>52</sup>. La sociedad está llena de sugerencias, de símbolos, de categorías de pensamiento que no permiten vivir las experiencias sino elaborarlas en la cabeza.

Con la racionalidad se anestesia al cuerpo porque se evita el sentir, no es necesario porque todo se plantea en el pensamiento. Este cuerpo fragmentado en limita la construcción de nuestra conciencia y para poder cambiar esta condición es necesario trabajar con el cuerpo, tal y como lo menciona Norma Delia Durán:

“el paso del pensamiento a la intuición no es posible si antes no se toca la memoria corporal”<sup>53</sup>.

Esta concepción fragmentada del ser humano ha generado que todas las alternativas que se ofrecen para mirarlo y atenderlo se rijan bajo ese principio, es por eso que al atender una enfermedad se enfocan solamente a quitar los síntomas y no llegar al origen del problema.

La desvinculación con el cuerpo, las emociones y sensaciones es por la importancia que se le ha dado al intelecto, lo cual genera un desequilibrio en el cuerpo porque lo que se razona no coincide con lo que se siente y por ende la enfermedad.

---

<sup>52</sup> Norma D. Durán, *Cuerpo, intuición y razón*, México, CEAPAC, 2004.

<sup>53</sup> *Ibid.*, p. 51

Las personas requieren de un contacto directo con su cuerpo, con las sensaciones y emociones que se manifiestan en él para poder tomar conciencia de sí mismo. Si no es así, es más fácil que sea víctima de una depresión u otro padecimiento por no contar con los elementos suficientes para enfrentar la realidad.

En la depresión se juega todo el proceso histórico social que ya se ha mencionado, así como las vinculaciones que se generan en la familia y la apropiación y significación de cada individuo. En los niños, la depresión representa un proceso que se ha gestado e instalado en un cuerpo de manera más rápida, habla del deterioro social que ha acelerado el proceso de instalación del padecimiento, que antes requería mayor tiempo para manifestarse.

Considerando este panorama, es adecuado mencionar que en el capítulo III se detalla el trabajo clínico que se realizó considerando estos elementos que constituyen al sujeto, tomando el cuerpo como un proceso único en donde se han guardado sensaciones y emociones, que hay que mover con diferentes ejercicios para recuperar el flujo energético que se quedó estancado en alguna parte del cuerpo y que no permiten avanzar al sujeto. Con este fin se empleó la terapia Gestalt porque en ese momento parecía ser la teoría permitida en la institución que más cercana estaba con el discurso y que ofrecía técnicas dirigidas al cuerpo para generar movimiento en el cuerpo.

Para cambiar esa condición se debe trabajar el cuerpo y esto implica la relación entre órganos y emociones. Obviamente en un ámbito institucional, como lo es la FESI, rige la visión dualista y se exige que se cumpla con los cánones que se consideran como oficiales.

Es por lo anterior que en este trabajo se hablará de la terapia gestalt como un recurso que se utilizó para dar tratamiento a un caso de depresión infantil, eligiendo sus técnicas por la consideración que tienen de las percepciones y sensaciones que nos permiten de alguna forma trabajar con el cuerpo, o por lo menos se contemplarlo.

#### **- Un tratamiento gestáltico para la depresión**

Como ya se mencionó, parte de la problemática depresiva tiene relación con una ausencia de elementos que favorezcan la conexión con el cuerpo y la sólida construcción de un auto concepto. Así pues, se requiere de un trabajo en el que se proporcionen variadas estimulaciones sensoriales para contactar al yo, lo cual se consigue desde la gestalt a través del ciclo de la experiencia.

El ciclo de experiencia es un modelo gestáltico que te lleva al darse cuenta a través de las sensaciones. Las etapas de este ciclo, que son: sensación, darse cuenta, movilización de energía, acción, contacto y retirada. En la primera fase se pretende poner en contacto a la persona con sí mismo y con su medio por medio de sus sentidos, de la experiencia sensorial. Esta etapa es necesaria porque además abre paso a la toma de conciencia, la cual es un punto clave de la terapia ya que con esto se consigue que el paciente reconozca su cuerpo, sus emociones y su medio, detecte sus necesidades, sensaciones, sentimientos y carencias. Después de la toma de conciencia sigue la movilización de la energía, lo cual se refiere principalmente a los cambios que presenta una persona una vez que se ha percatado de su sentir. Esto da paso a la acción ya que se empiezan a cambiar algunos comportamientos que se tenían antes de que se tomara conciencia de algo,

y se entra en contacto con el sí mismo y con los otros, se siente bien y puede terminar con el ciclo<sup>54</sup>.

Y es precisamente en el primer paso del ciclo de la experiencia en el que nos vamos a detener, ya que es fundamental que se sensibilice a un individuo, ya que podría ser lo más difícil, el reencuentro consigo mismo y porque a partir de ahí lo demás se da como consecuencia. La experiencia es la clave para la conciencia, y es recomendable que se proporcionen variadas experiencias sensoriales para que se dé la toma de conciencia<sup>55</sup>.

La cimentación sensorial en el entorno puede tener un efecto significativo en nuestro sentido de sí mismo y en nuestra relación con el mundo; alguien cimentado debe tener conciencia de su cuerpo, desde las plantas de los pies, hasta la punta de su cabeza, lo cual le permite tener una conexión con el entorno; sin embargo esta relación se puede modificar igual que nosotros, ya sea para que sea más aguda o sensible ó para que sea más insensible. Si se presentan dificultades para percibir difícilmente se puede hablar de una construcción de una identidad pues la percepción es el primer paso y al no haber sensibilización con el cuerpo ni con el entorno las experiencias se ven limitadas<sup>56</sup>.

La importancia de establecer cierto nivel de conexión sensorial es porque una persona se define a partir de la diferenciación con lo otro, por eso debe reconocer en donde termina su cuerpo y empieza lo demás, es un paso muy básico para garantizar la formación del Yo. “Los órganos sensoriales son las puertas de la

---

<sup>54</sup> Castanedo, *Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y el ahora*. España, Herder, 2002.

<sup>55</sup> Schafer, C. y Connor, K., *Manual de terapia de juego. Avances e innovaciones. Vol. 2*. México, Manual Moderno, 1994.

<sup>56</sup> Kepner, J., *Proceso corporal. Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. México, Manual Moderno, 1992.

percepción. A través de los órganos sensoriales nos comunicamos con el mundo exterior. Son las ventanas del alma a las que nos asomamos, en definitiva, para vernos a nosotros mismos<sup>57</sup>. Sin embargo, en estos tiempos en lo que se privilegia a lo cognitivo se da una desvinculación con el cuerpo y su sentir.

Un niño deprimido tiene problemas con la percepción de su cuerpo, no hay reconocimiento de sus sentimientos y se mantiene hermético en un estado sin emociones explícitas. Y se comprende fácilmente que a pesar de estar expuesto a múltiples estímulos, no toma conciencia por qué no se reconoce a sí mismo en todo lo que percibe, y que por lo tanto no se defina a sí mismo ni se diferencie de los demás<sup>58</sup>.

Lo que se propone desde esta perspectiva, es que el niño tome conciencia de lo que percibe y de lo que siente para que se pueda ir definiendo a sí mismo. Lo cual hablaría de considerar al cuerpo como una posibilidad de tomar conciencia a través de la experiencia y así poder realizar los cambios necesarios para cambiar la situación problemática.

Algunas de las técnicas que se proponen desde esta perspectiva para trabajar con niños son las siguientes:

**DIBUJOS.** Los dibujos pueden funcionar como un método de evaluación facilitando la obtención de información sin requerir que el niño conteste una serie de

---

<sup>57</sup> Dethlefsen y Dahlke, *La enfermedad como camino*, 2004.

<sup>58</sup> Violet Oaklander, *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Chile, cuatro vientos, 2002.

preguntas. Estos se utilizan de diferentes formas, se puede guiar a los niños a través de ejercicios de imaginación guiados o de manera libre.

**EXPERIENCIAS SENSORIALES** Sirven para que se dé la toma de conciencia, y consisten en realizar diferentes actividades que involucren los sentidos como modelar, pintar, distinguir sabores, olores, sonidos. Y verbalizar las sensaciones que se van presentando.

**CONCIENCIA CORPORAL.** Son ejercicios a través de los cuales se expresan sentimientos y emociones usando el cuerpo, además de que se pone atención a movimientos y funciones corporales que por lo regular son poco atendidos.

El enfoque corporal gestalt no deja de ser fragmentario y dualista porque aunque considera importante la percepción y la sensación a través de la experimentación con el cuerpo no deja de racionalizar estos procesos. Y con su ciclo de experiencia no se logra concretar el cambio en la memoria corporal, la toma de conciencia a la que se pretende llegar continua en la línea de lo cognitivo y no en lo corporal. Sin embargo, dentro de un ambiente institucional es lo que se consideró más adecuado y cercano a la propuesta teórica.

Así pues, el siguiente capítulo habla de un caso clínico que se atendió como parte de la práctica de formación profesional, en donde el trabajo terapéutico que se llevo a cabo fue basado en la terapia Gestalt, pero que en la interpretación y entendimiento del caso se hizo desde una mirada psicosomática, tomando en cuenta la historia de vida, la influencia familiar y los elementos culturales que están en juego.

### **Capítulo III. Reflexiones sobre un caso**

En el presente capítulo se expone el caso de un niño que fue atendido en la Clínica Universitaria de Salud integral (CUSI) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, como práctica de la materia Psicología Experimental Laboratorio VIII. En el cual se trabajó con la asesoría de una de las profesoras de la materia y una compañera del grupo.

Retomar ahora un caso atendido en la CUSI es por diferentes motivos, el primero de ellos es recordar que un caso es la concretización de la teoría y del proceso de construcción, por lo que al hablar de una persona en particular nos lleva a olvidar la frialdad de los números estadísticos y a ver la problemática con un mayor sentido. Y un segundo motivo es el hecho de reflexionar sobre el trabajo que se realiza en Iztacala como parte de la preparación profesional de un psicólogo, de revisar los elementos y herramientas con las cuales se preparan los estudiantes para enfrentar casos reales.

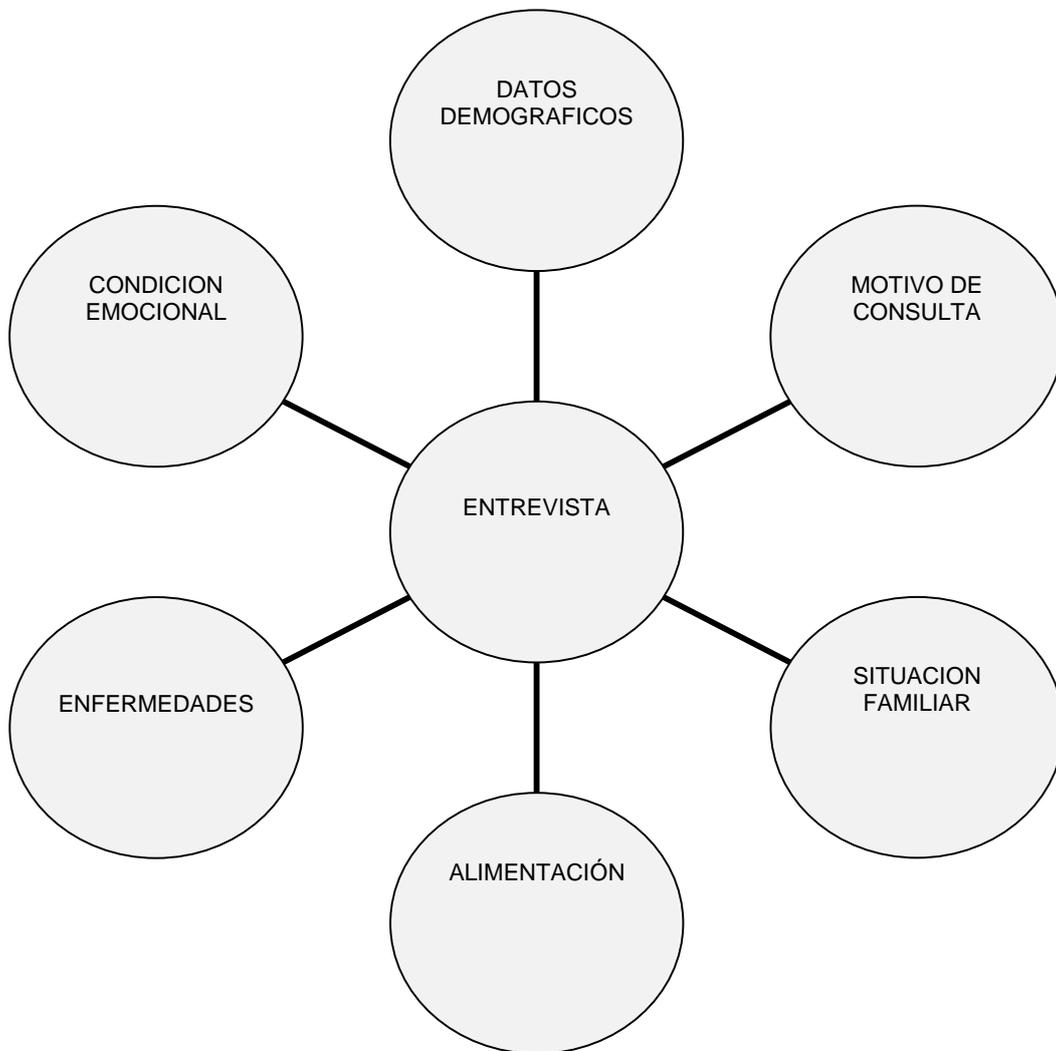
De igual forma es importante señalar que de acuerdo a como está diseñado el mapa curricular de la carrera de psicología en la FESI y a los tratamientos que son oficialmente aceptados y permitidos en la institución, el trabajo terapéutico que se llevó a cabo en cuanto metodología fue basado en la terapia Gestalt ya que de alguna forma en este enfoque se considera al cuerpo y se trabaja con él sin embargo, la parte teórica y reflexiva del caso se hizo desde un enfoque corporal, considerando todos los elementos antes señalados que intervienen en la construcción de un sujeto.

- **Población**

Se trabajó con un niño de 10 años de edad, de nivel socio económico bajo, que cursaba el 5º año de primaria.

- **Instrumentos**

Para la recogida de información se utilizó una entrevista semiestructurada con la madre del niño, en donde se buscaron principalmente los siguientes puntos:



Y un par de ejercicios proyectivos gestálticos de imaginación con el niño:

- “Mi espacio...” consiste en llevar al paciente por medio de la imaginación a un lugar creado por él donde haya elementos que hablen de sí mismo y después se le pide dibujarlos<sup>59</sup>.
- “Dibujo de la familia” para evaluar la condición familiar se le pide al paciente dibujar a los integrantes de su familia con objetos o símbolos que los representen. Y que genere una historia en torno a ellos<sup>60</sup>.

Con estos ejercicios de dibujo gestálticos no se pretende hacer interpretación de lo que se plasma en ellos, sino que se busca obtener información que el mismo niño manifiesta.

- **Caso clínico**

El motivo de consulta fue manifestado por la señora, como la preocupación de que su hijo había tenido tres intentos de suicidio y que amenazaba constantemente con hacerlo. Además de que reportó tener muchos problemas con él, uno de ellos era que él no la quería y que constantemente le preguntaba que cuándo se iba a morir y también que él decía no merecer nada y ser basura.

---

<sup>59</sup> idem

<sup>60</sup> idem

Se atendió a un niño de 10 años, que cursaba el 4° grado de primaria, vivía con ambos padres, cinco hermanos y su abuela materna; en el mismo terreno pero diferente casa viven su tía y dos primas.

Su cuerpo mostraba opacidad en su rostro, constantemente tenía ojeras y pocas veces sonreía. Tenía poca movilidad, sobre todo en las extremidades inferiores, no le gustaba moverse, prefería estar estático para no cansarse, no le gustaban los juegos que requieran de mucho esfuerzo porque no quería cansarse. Tampoco le gustaba hablar ni tener contacto físico con otras personas.

En cuanto a la alimentación, su madre reportó que generalmente comían vegetales y poca carne porque el dinero no les alcanzaba para más. Y él mencionó que no le gustaba comer pescado y en general animales muertos.

Con relación a su familia, el pequeño tenía cuatro hermanos mayores, tres hombres y una mujer, y un hermano menor. Los tres primeros hermanos son producto del primer matrimonio de la señora, y los tres últimos son hijos de su actual marido. Cabe mencionar que la señora se había ligado un par de veces para no tener hijos y que los últimos cuatro hijos no eran deseados por ella.

Con sus hermanos la relación era conflictiva, mencionaba que le pegaban constantemente, que no jugaba con ellos, y que no respetaban sus cosas. Reportó que sus peleas son con el más chico especialmente, y que en general sus hermanos se golpean entre ellos.

Uno de los hermanos mayores se aventó de una ventana por una supuesta discusión con su novia, además de que se alcoholizaba frecuentemente.

La madre del niño estudiaba la preparatoria porque ella quería terminar una carrera, además de que estudiando obtuvo una beca con la cual ayudaba a los gastos de la casa. El padre se dedicaba al autotransporte, por lo cual era necesario viajar frecuentemente.

En su casa estaba la mayor parte del tiempo solo, el cual ocupaba para jugar x-box, hacer papiroflexia, dibujar, ver la tele, jugar, hacer figuras de plastilina y dormir. La madre pasaba poco tiempo con él, entre sus estudios y las labores domésticas lo dejaba constantemente solo, y su padre con su trabajo viajaba la mayor parte de la semana y lo veía a veces sólo los fines de semana. Ninguno de los dos jugaba con él en los tiempos en que se reunían.

La mamá reportó una situación familiar violenta por parte del padre, quien varias veces la había golpeado al grado de ocasionarle serias repercusiones en su salud, como el quedar inconsciente. Ella creía que sus hijos no sabían nada al respecto, pero el niño mencionó que sus padres tenían peleas de dos tipos, unas en donde sólo se gritaban pero también dijo que estaban las peleas de golpes.

El padre celaba constantemente a la señora, le recriminaba el hecho de que ella estudiara y la culpaba falsamente de establecer amorosas con sus compañeros y maestros. Él quería que ella dejara de estudiar por esa situación, le molestaba encontrarla en la casa haciendo trabajos escolares y eso era motivo de constantes peleas. Sin embargo ella quería continuar con la escuela por el apoyo económico que recibía de ahí.

La violencia también se daba por parte de la abuela materna, quien golpeaba y humillaba constantemente a la madre del niño y durante toda su vida había intervenido en sus decisiones. La culpaba de la muerte de sus dos hermanos por lo que la maltrataba, y ella no hacía nada al respecto por que le habían inculcado que debe respetar a su madre.

En otros ámbitos como la escuela, el niño se desarrollaba de forma muy similar, no tenía amigos, y prefería estar solo para evitar que los niños lo molestaran. La maestra de un ciclo escolar pasado lo amarró en una ocasión a la silla y le pegó cinta adhesiva en la boca, su papá tuvo conocimiento de esto y no hizo algo para defenderlo. El pequeño mencionó que lo que la maestra hizo fue castigarlo por algo que él hizo, no le daba mayor importancia a este suceso, consideraba que hubiera sido peor si la maestra lo hubiera insultado y no les dijo nada a sus papás al respecto pues considera que lo único que ellos podían hacer era ir a hablar con el director.

Como se mencionó anteriormente el motivo por el cual el niño acudió a la CUSI era sus intentos de suicidio, al respecto, la madre comentó que una vez se colgó de la litera, otra intento aventarse por la ventana, estas dos sin su presencia, y que la tercera intento ahorcarse, lo hizo frente a ella y a sus hermanos, y su madre respondió de manera pasiva exigiéndole que si lo iba a hacer lo hiciera rápido porque les ocasionaba sufrimiento a todos con lo cual desistió.

#### - **Diagnóstico**

El diagnostico se realizo a partir de tres aspectos, el primero fue la entrevista semiestructurada con la madre del niño, el segundo fueron los ejercicios proyectivos gestálticos que se hicieron con el niño y el último fueron los resultados de una

evaluación psicométrica que se le había aplicado antes de llegar al trabajo terapéutico con nosotros.

A partir de lo anterior se considera que los comportamientos de autodestrucción y agresión que presentaba eran el reflejo de su historia familiar, en donde había predominado la violencia de generación en generación y donde se había llevado una educación tradicionalista en la que se debían aguantar los maltratos por que provenían de las persona dominantes como son los padres y los esposos. Él no se defendía ni denunciaba cuando alguien le hacía algo, por el contrario hasta llegaba a justificar el hecho de que lo agredieran.

Los estilos de crianza se aprenden a través de la experiencia de la vida y muchas veces se ven repetidos de una generación a otra, y en este caso Graciela había intentado no repetir lo que su madre hizo con ella porque decía que no les quería provocar sufrimiento a sus hijos lo que la había llevado a ocuparse en otras actividades y atenderlos el menor tiempo posible, tratando de no hacerlos sufrir.

En la familia no se generaba ningún espacio para la convivencia familiar ya que los padres tenían distintas ocupaciones y no dedicaban ningún tiempo a sus hijos. En consecuencia el niño se refugiaba en las tecnologías que encuentra a su alrededor, estaba sumado a los entretenimientos infantiles que funcionan como niñeras ya que sus padres estaban ausentes la mayor parte del tiempo.

Cuando los niños tienen una capacidad limitada para expresar y comunicar sus sentimientos los eluden, alejan, encubren, ocultan y tapan, la forma en que manejamos las emociones y los sentimientos es resultado de cómo se manejan y expresan en nuestra familia, en ella aprendemos a expresar y se compartir nuestros

sentimientos, y la relación del cuerpo con estos; en la familia, en general, estaban presentes las conductas autodestructivas como una forma de solucionar los problemas, huían y buscaban una salida de muerte, la mamá había mencionado que cuando de niña tenía una situación difícil y que pensó varias veces en morir y también otro de sus hermanos al pelear con su novia se aventó por la ventana.

El cuerpo almacena sentimientos reconocidos y vivenciados que deben ser liberados, a medida que permitimos que nuestros sentimientos afloren podemos manejarlos, los sentimientos se vivencian mediante sensaciones corporales, por tanto cuando no se tiene un manejo adecuado de las emociones, se somatiza en síntomas y en algunos casos en enfermedades específicas<sup>61</sup>. No era un niño enfermizo, otro indicador del hermetismo y su actitud ante sus sentimientos, pensamientos y emociones que son depositadas hacia adentro, todo se lo guardaba; al guardar demasiadas cosas se provoca un bloqueo y se crean nudos en el cuerpo, él tenía bloqueados los sentidos ya que se mantenía alejado de cualquier cosa que lo hiciera sentir, en gran parte por esto, no le gustaba jugar. Él no reconocía su cuerpo, sobre todo las extremidades inferiores, no le gustaba sentir cansancio.

Otro aspecto importante es que el pequeño presentaba un tipo de depresión en el que se presenta principalmente el hermetismo y una tristeza reprimida y no exteriorizada, pero que se puede observar en los actos agresivos que incluyen conductas destructivas, los cuales son comunes en los niños que tienen profundos sentimientos de ira, de rechazo, de inseguridad, angustia y que no tienen claro su sentido de identidad. Los niños tratan de expresar sus necesidades de distintas formas, pero a veces los adultos los orillan a que exageren sus conductas porque no captan los primeros mensajes, y justamente es lo que pasaba con él, había llegado a presentar conductas de autodestrucción tales como los tres intentos de suicidio para

---

<sup>61</sup> idem

atraer las miradas de su familia, que es la demanda de atención por la cual la mamá solicitó el servicio.

#### - **Metodología**

El caso fue asignado porque la mamá del niño solicitó la atención en la clínica para ella y al asistir a la primera entrevista manifestó que quería atención para su hijo también, los casos fueron repartidos entre los estudiantes, y la primera entrevista fue realizada por la profesora del grupo. Dos estudiantes trabajaron con la madre, y dos más atendimos al niño.

En el asesoramiento, la profesora nos solicitó primero la revisión e diferentes textos de un enfoque corporal y al iniciar con el caso solicitó que buscáramos técnicas gestálticas para atender y evaluar al niño. Ella mencionó que no se podían utilizar métodos corporales porque en la institución no estaban permitidos.

La clase era tres veces por semana, en una sesión se exponía ante el grupo lo que se iba a trabajar con el paciente. La siguiente clase era dedicada al trabajo con el paciente y la última clase de la semana se utilizaba para hablar de la sesión con el paciente, se compartía información de los casos, y ahí se nos indicaba que se debía seguir en el tratamiento.

Lo que se trabajó con el paciente fue: sus conductas de autodestrucción, su autoconcepto y soledad. Además de cambiar su actitud y que empezara a demostrar sus emociones, para lo cual debía empezar por conocerse y definirse. Por lo que se creía importante trabajar su auto confianza a través del reconocimiento sus sentimientos, del reencuentro con sus sentidos, con su cuerpo, con las cosas que

puede hacer con él, la idea fue trabajar con actividades sensoriales que le permitieran soltarse y sentir su condición corporal y emocional, siguiendo el ciclo de experiencia.

Siguiendo este ciclo, se pretendía proporcionar estímulos sensoriales para que contactara su cuerpo, y se lograra una conexión entre lo que sentía y lo que hacía, además de que tomara conciencia de la relación de su cuerpo con su entorno. Para esto se realizaron dos actividades básicas, es decir, que se llevaron a cabo en todas las sesiones:

- La primera es un sembrado que seguía una metáfora propuesta por él en la sesión de obtención de información, donde se representaba como una semilla que iba creciendo a lo largo de la terapia. Esta consistió en que enterrábamos al niño en una caja con tierra o arena simulando un sembrado realizando algunos movimientos ahí dentro (como fingiendo que hace aire, que le cae agua, que estaba en peligro, etc.) para que vivenciara su metáfora. Con relación a esta actividad, se buscaba que estableciera un contacto y se identificara realmente con una semilla que él mismo sembró y para que reflexionara sobre las cosas que son necesarias para que él crezca y salga de la posición pasiva y hermética que mantenía.
- La segunda se trataba de utilizar algunos ejercicios de enraizamiento, como el caminar descalzo, golpetear con los pies, balancearse, etc. además poner atención y trabajar con su respiración ya que así se consigue aumentar el nivel de energía del cuerpo. Tomar tierra es un modo de decir que la persona tiene sus pies sobre el suelo. Puede también extenderse a significar que una persona sabe dónde se planta y por lo tanto sabe quién es. En un sentido más

amplio la toma de tierra representa el contacto de un individuo con las realidades básicas de su existencia y la identificación con su cuerpo.

Se buscaba que tomara conciencia de su cuerpo, y con estos ejercicios se inició con el proceso, empezando con los pies y piernas ya que estos son los cimientos y el sostén de la estructura del yo, que a través de ellos se mantiene contacto con la única realidad invariable que tenemos, que es la tierra. Así se consigue un buen sentido de la realidad, seguridad en sí mismo, da paso a la toma de conciencia y movilización del resto del cuerpo. Además de estas actividades se han utilizado algunas otras que complementen el ciclo de experiencia con las cuales se buscó que contactara con su yo interior, y que aclarara las cosas que le estaban sucediendo y como se sentía frente a ellas<sup>62</sup>.

Para permitir que se llevara a cabo el ciclo de experiencia, se planearon un conjunto de actividades que tenían como fin principal el que el paciente sintiera todo su cuerpo a través de los sentidos. Se elaboro el siguiente plan de trabajo, la intervención tuvo una duración de 15 sesiones (Ver Tabla 1)

**Tabla 1. Plan de trabajo terapéutico.**

SESIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL
SESIÓN 1	Obtener información acerca de su situación familiar.	Mediante la fantasía se llevo al paciente a ir a un lugar creado por el, a "su espacio" y después se le pidió realizar un dibujo acerca de lo que vio ahí. También se le pidió que haga un	Hojas, colores, lápices

<sup>62</sup> Alexander Lowen. El lenguaje del cuerpo. Dinámica física de la estructura del carácter. España, biblioteca de Psicología, 1995.

		dibujo sobre su familia, designando cualquier símbolo o cosa a cada uno de los miembros. Después explicó y habló de los dibujos.	
SESIÓN 2	Vivenciar la metáfora planteada por él.	Se le pidió que adornara una maceta, que plantara la semilla que lo iba a representar y que le colocara todos los elementos que considerara necesarios. Que hablara sobre el trabajo que elaboró. Se iniciaron los ejercicios de enraizamiento y con el sembrado.	Maceta, tierra, pape de diferentes colores, cinta adhesiva, pegamento, hojas, semillas.
SESIÓN 3	Definir su autoconcepto a partir de las diferencias y similitudes con los otros.  Proporcionar experiencias sensoriales por medio del gusto.	Se le proporcionó una naranja al paciente y a cada una de las terapeutas, se le preguntó si el sabor de los gajos son iguales o distintos y se le pidió que fuera comiendo cada uno de los gajos y que fuera describiendo lo que sentía y las diferencias y similitudes que fuera encontrando.  A la par se le preguntó sobre las similitudes y diferencias que tiene con otros niños.	Naranjas
SESIÓN	Diferenciar,	Se dibujo la silueta del niño en	Colores,

4	expresar y compartir sus emociones.	una papel grande, se le pidió que hablara sobre la emoción que estaba constantemente en él y que le asignara un color, que describiera en que situaciones la siente y que la ubique en alguna parte de su cuerpo, así mismo se le pidió que dibujara una cara en donde exprese la emoción que eligió. Se habló de cada paso de la actividad.	crayolas, papel.
SESIÓN 5	Diferenciar, expresar y compartir sus emociones.	Se retomo la silueta elaborada en la sesión pasada y esta vez él tuvo que ir describiendo cada una de las emociones que él siente y en qué momentos las siente. Después tuvo que plasmarlas en su cuerpo con la ayuda de recortes y dibujos.	Colores, crayolas, revistas, papel, pegamento, tijeras
SESIÓN 6	Experimentar sensaciones táctiles para la toma de conciencia.	Se preparó masa para moldear de diferentes colores y después se le pidió que con ella modelara el cómo se siente su cuerpo en diferentes situaciones, como estar enojado, triste, apurado, ansioso, enojado, etc.	Harina, agua, colorantes artificiales.

<p>SESIÓN 7</p>	<p>Establecer una conexión entre lo que el paciente piensa, habla, siente y hace.</p>	<p>Se realizó una adaptación del juego “Hablar, sentir, hacer” (Schafer y Connor, 1994). En el cual se elabora un tablero con 24 casillas que están divididas en tres colores, azul, rojo y amarillo, cada uno de ellos hace referencia a él hablar, sentir y hacer, al caer en una de estas casillas se realizaba una de las preguntas ya diseñadas, por cada pregunta contestada se ganan fichas y el ganador es quien tenga más.</p>	<p>Tablero, fichas y tarjetas de preguntas.</p>
<p>SESIÓN 8</p>	<p>Tener experiencias táctiles y sensoriales para que tome conciencia de sí mismo</p>	<p>Se le proporcionaron hojas de papel y pinturas digitales, con la indicación de que pintara un cuadro con las características que él quisiera. También se le pidió que metiera las manos en un recipiente con arena y que haga diversos movimientos en ella.</p> <p>Una vez que termino se hablo de las sensaciones que tuvo al tocar, la arena y la pintura en sus manos y plasmarla sobre el papel</p>	<p>Pintura y hojas. Arena</p>

<p>SESIÓN 9</p>	<p>Tener experiencias táctiles y sensoriales para que se enfoque a una nueva conciencia de sus sentidos.</p>	<p>Se continuó con la actividad de la sesión anterior, pero esta vez se hará énfasis en sus extremidades inferiores. Para lo cual tuvo que hacer un dibujo con varias partes de sus pies.</p> <p>Se hablo de las sensaciones que tuvo al realizar su dibujo.</p>	<p>Pintura, toalla, papel bond, bandejas.</p>
<p>SESIÓN 10</p>	<p>Proporcionar experiencias olfativas y auditivas</p>	<p>En el jardín se sentó el niño con los ojos cerrados y fue describiendo todos los sonidos que percibía y detectando de donde venían. Después debía encontrar a las terapeutas a través del sonido de una campana, caminando detrás de ella sin poder ver.</p> <p>En algunos frascos se colocaran distintos objetos, como café, flores, chocolate, jabón, plátano, etc. y se le pidió que detectara cada uno de los objetos.</p>	<p>Campana</p> <p>Frascos, café, plátano, jabón, chocolate, cebolla, vinagre, plantas, limón.</p>
<p>SESIÓN 11</p>	<p>Proporcionar experiencias visuales y gustativas</p>	<p>Se le presentaron alimentos con diferentes texturas, temperaturas y sabores y él describía lo que iba sintiendo. Además de que habló de sus sabores favoritos.</p>	<p>Hojas, colores. Alimentos.</p>

		Observó por un rato un árbol que él eligió y después se le pidió que lo dibujara.	
SESIÓN 12	Dar conciencia corporal	<p>Se le pidió a que pusiera atención a la manera en que respiraba, de manera superficial, profunda, agitada, y que describiera sus sensaciones al respecto.</p> <p>Después se le asignaron algunos papeles que debía representar a través de la pantomima.</p> <p>Y finalmente se le pidió que observara como se mueve un globo cuando después de inflado se suelta al aire, que imaginara que él era un globo desinflándose y que se moviera como tal</p>	Globos
SESIÓN 13	Detectar partes de él mismo que deteste o no le guste.	Se le pidió que realizara un dibujo en donde representara algo que no le gustara de sí mismo. Después que invente una historia sobre el dibujo y que nos hablara sobre sus trabajos.	Hojas, colores, lápices.

<p>SESIÓN 14</p>	<p>Aceptación corporal,</p>	<p>Se realizó una actividad en donde se tuviera que improvisar una manera de caer en una colchoneta, cada uno de nosotros iba pasando para dejarse caer en ella sin repetir la forma de caer.</p> <p>Se hablo de las partes del cuerpo con las que cayó y cuales ignoró y invitándolo a que utilizara todo su cuerpo en diferentes caídas.</p>	<p>Colchoneta</p>
<p>SIÓN 15</p>	<p>Hacer una última evaluación en cuanto a su autoconcepto y su relación con su entorno.</p>	<p>Se realizó un collage en donde se representa la manera en que se siente con él, con su familia y en su escuela.</p>	<p>Revistas, pagamento, cartulina.</p> <p>Hojas, lápices, colores.</p>

### - Resultados

A partir del trabajo realizado se empezaron a notar cambios, los primeros fueron en su expresión corporal ya que después de un par de sesiones ya no estaba tan rígida, se le escapaban algunas sonrisas, las cuales fueron más constantes con el paso del tiempo, también empezó a hablar de manera más fluida y ya no se mantenía tan estático, buscaba correr o moverse.

Después el paciente presentó crisis manifestadas en enfermedad, su organismo rechazaba la comida, vomitaba y no quería nada que viniera de su mamá. Lo cual era un indicador de que él empezaba a exteriorizar lo que siempre mantuvo en un hermetismo total.

También empezó a expresar con sus padres sus inconformidades, y a pelear con sus hermanos y con su prima, que de acuerdo con su madre se estaba volviendo agresivo, pero a pesar de esto se consideraba que estas situaciones eran resultado de que él comenzaba a expresar sus emociones y a defenderse, además de que tenía que sacar el enojo hacía sus hermanos que antes había contenido.

Las enfermedades y la “agresividad” del niño ocasionaron malestar en su mamá ya que ella mencionaba que antes era un niño muy tranquilo y poco enfermizo, pero es porque en casa estaban acostumbrados, y así lo habían construido, a que no se expresara y a que aguantara los maltratos de otros.

Otro de los avances fue que él se permitió sentir y describir sus percepciones, a pesar de que le costaba mucho trabajo entrar en contacto con objetos y situaciones que le brindaran sensaciones, él logró sentir su cuerpo y su entorno.

De manera general, se observaron avances tales como mayor contacto de con su cuerpo; permitirse diferenciar y expresar emociones; se hizo un tanto más activo ya que corría durante las sesiones y pedía jugar; además de que había más fluidez cuando hablaba y no le molestaba tanto expresar como se sentía y que percibía. Además de que hablaba y reclamaba sus desacuerdos.

### - **Análisis de resultados**

Los cambios observados fueron principalmente en su actitud sin embargo no podemos decir que el problema por el cual asistieron a consulta él y su mamá se haya solucionado, parte de los factores que facilitaron los resultados obtenidos están que el niño asistió puntualmente a las sesiones, su disposición por trabajar; la actitud y empatía hacía las terapeutas, el que él disfrutara del espacio y la atención que se le brindaba, el hecho de que tanto la mamá acudía a terapia individual como que asistan a terapia familiar; que él encontró en la terapia un espacio para conocerse y aceptarse.

Sin embargo, también hubieron factores que limitaron los resultados entre los que están el hecho de que no se realizaron sesiones conjuntas con su mamá, no se tenía conocimiento de las actividades que realizaban y los aspectos sobre los que estaban trabajando en terapia familiar; es decir, si bien el trabajo individual que se realizó con el niño fue satisfactorio, resulta necesario que se modifiquen toda una serie de creencias y formas de vida en la familia que son las que propiciaron que la situación llegará a este punto y que son la causa de que el paciente se esté conformando como lo hace.

En torno a este punto se puede cuestionar el papel del terapeuta, y en este caso también del asesor, por no hacer la integración del niño con su madre. Ya que al ser un niño y no contar con la autonomía para valerse por sí mismo, no bastaban las “herramientas” que pudieran adquirir con los ejercicios realizados en las sesiones, sino que se debía también trabajar con la madre y su relación con el hijo.

Al parecer, durante el proceso de revisión de casos con la asesora del grupo, se unían los casos de la madre (atendida por unas compañeras) y del niño, sin embargo

se trabajaban como casos hasta cierto punto aislados porque los objetivos de la terapia de la madre eran dirigidos hacia los problemas que ella manifestaba y que no estaban relacionados, por el momento, con su papel como madre.

Si bien es cierto, no se trata de fragmentar a la persona en sus diferentes funciones (madre, esposa, estudiante...) se considera importante el haber trabajado los problemas en torno a sus hijos, y en especial al niño en cuestión.

Además de lo anterior, es importante mencionar las limitaciones de usar una terapia que se basa en la fragmentación ya que su consideración del cuerpo se mantiene en este sentido, manejando lo referente a él en un plano cognitivo. Al final las emociones y la condición corporal seguían siendo iguales. La memoria corporal no se había modificado. Los cambios que se consiguieron son de corto plazo, ya que todo quedó en un nivel racional, y esto resulta engañoso porque no se realiza un cambio de fondo.

El enfoque Gestalt se aproxima al cuerpo en el sentido de considerar sensaciones y emociones, así como sus formas para la toma de conciencia, sin embargo el cuerpo se sigue mirando en pedazos que completan un rompecabezas.

Faltaron el trabajo con el cuerpo, el desbloqueo corporal, el sentir las emociones en el cuerpo, y considerar todo el proceso en el que se construyó, es decir, elaborar su historia de vida. Porque a pesar de los cambios se puede decir que el trabajo fue superficial.

## Conclusiones

Después de haber realizado una revisión teórica y expuesto un caso sobre la depresión infantil se concluye que:

Todas las posturas que abordan el tema son validas, ya que sus planteamientos resultan congruentes con su metodología, y al final cumplen con los objetivos que se han planteado. No hay intención en este trabajo de desvalorizar o restar importancia a las aportaciones que desde otra mirada se realizan, porque cada quien hace su trabajo y no se pretende desmeritarlo. Lo importante sería entender el para qué o el por qué de su teoría y su aplicación. Es por eso que a continuación se presentan las ventajas y limitantes de cada una de las teorías abordadas en el primer capítulo.

Comenzando con la psicoterapia sistémica y su ventaja al concebir y tratar la depresión infantil está el hecho de considerar al niño dentro de un sistema familiar, situando la problemática bajo un contexto de relaciones interpersonales, lo cual resulta favorable en el sentido de que no se aísla al sujeto sino se consideran los vínculos que influyen en él. Sin embargo se ignoran las condiciones socio históricas bajo las cuales se encuentra y la condición emocional y racional se desvincula del lo que pasa físicamente.

La terapia racional emotiva logra un cambio en la actitud del paciente con la sistematización de pensamientos positivos y más funcionales para su vida. Pero esto resulta engañoso en la mayoría de los casos porque se suprimen las emociones y sensaciones vividas, se obtiene un entendimiento racional pero corporalmente no hay cambio, por eso se pierden en el discurso y fácilmente se vuelve a manifestar la misma condición de tristeza continua.

La terapia cognitiva conductual ha resultado efectiva en cuanto a la sistematización con la se trabaja y por la disminución de los síntomas, en el comportamiento de los niños es evidente el cambio y los papás quedan contentos con eso. Es un tratamiento general que se aplica a cualquiera que sea diagnosticado con depresión. La cuestión es que el problema vuelve a surgir por medio de los mismos o de diferentes síntomas, es decir, el problema no se resuelve sólo se maquilla. Además de que bajo esta terapia las peculiaridades de cada individuo no tienen importancia porque lo relevante son las manifestaciones sintomáticas y conductuales que presenta. Lo cual encaja perfecto con el estilo de vida actual que busca soluciones inmediatas y generales, pero que obviamente se queda en la superficialidad, elimina síntomas y no resuelve problemas realmente.

Por último está la terapia gestalt, la cual tiene el acierto de contemplar al cuerpo dentro de sus planteamientos, y en su tratamiento se busca llevar al paciente a concientizar las sensaciones y emociones que se viven corporalmente. Pero se limita al individuo, ignora la parte social, racionaliza la percepción y la sensación y por ende el cuerpo se fragmenta. Otra de sus virtudes es la variedad de técnicas bien definidas que se ajustan dependiendo de lo que se esté trabajando.

De las terapias psicológicas esta última es la que se considero más apropiada para poderla integrar al tratamiento dentro de una institución que exige una psicología oficial y descarta los tratamientos corporales, como son la acupuntura, los masajes, la bioenergética, por no considerarse científicos.

De manera general, las terapias psicológicas antes expuestas tienen a favor el hecho de que racionalmente se consigue una mejoría temporal, favorecen la concientización de diferentes sensaciones y emociones, lo que contribuye al

conocimiento personal. Si se considera que desde su concepción y al pertenecer a una rama específica de la ciencia se busca atender únicamente lo psicológico, cumplen su función y objetivo, pero se entiende entonces que desde ahí tienen limitaciones y fragmentaciones.

La crítica más allá de hacerla en contra de una teoría particular, es dirigida hacia la concepción que la hegemonía científica ha hecho del ser humano y de todo lo que le rodea. Si se ha planteado la atomización para entender el mundo, todo lo que se genere a partir de ella tendrá ese defecto. Por lo que las teorías psicológicas actuales se suman a la promesa de mejorar la vida de las personas obteniendo como resultado un paliativo temporal que no acaba verdaderamente con los problemas.

Los planteamientos teóricos y tratamientos psicológicos más utilizados han sido rebasados por el contexto. Este enfrentamiento teoría contra realidad, nos deja ver que hace falta algo más que la racionalidad. Los números estadísticos nos muestran que se requiere de un cambio, porque las cosas lejos de mejorar van empeorando.

En la depresión infantil, como en otros padecimientos, los tratamientos que se ofrecen son dirigidos al síntoma, y no a resolver el problema de origen, es por eso que hay constantes recidivas y aumento de casos.

Haría falta considerar que la depresión es la concreción de un proceso en donde influyen y se entrelazan diferentes cuestiones, no en una relación multicausal, ni como componentes aislados, sino como un todo. Como un proceso que se ubica en un espacio y un tiempo, con condiciones históricas sociales específicas, con una historia familiar y con la forma particular de asimilar y apropiarse del contexto y además el cómo se instala todo esto en el cuerpo y en la relación órgano- emoción.

Pensar en cómo se han modificado los estilos de vida, la actitud de las personas, las relaciones entre las mismas y cómo se han complejizado los procesos corporales a través de la historia hasta llegar al punto en el que estamos en el que las enfermedades se han acelerado, y se han engendrado en cuerpos más jóvenes.

La idea de la infancia feliz se ha ido descartando al comprobar que los niños no quedan exentos de las exigencias sociales, del estrés y la predominancia del individualismo y la competencia.

Los niños usan los recursos que se les proporcionan en la familia, donde encuentran la vinculación con la sociedad y donde aprenden los rituales y significaciones culturales que les dan un sentido de ser y actuar.

Si pensamos que las familias se han ido desunido y en ellas van predominando el enojo, la tristeza y la ansiedad, entenderemos porque los niños se apropian también de esta situación.

El caso del niño resulta un ejemplo de esta situación, en su cuerpo se había inscrito una historia familiar llena de violencia y autoagresión, de una tristeza que cabalgaba de una generación a otra y que encontraba la solución en el suicidio.

El paciente estaba inmerso en el mundo social que lo atrapaba en las tecnologías y el aislamiento. En el vacío que se generaba en él porque el estereotipo de familia que esperaba no coincidía con el que realmente tenía.

Y la herencia que había recibido para vivir sus emociones lo llevaban a bloquearlas, a explicarse racionalmente las situación que estaba viviendo, y a la condición de una depresión que desembocaba en el suicidio.

El tratamiento que se utilizó con él tuvo efecto en el sentido de ir sacudiendo el cuerpo, aun sin hacer directamente un trabajo corporal, los ejercicios gestálticos ayudaron a trabajar su percepción y sensibilidad.

El tomar conciencia de su cuerpo inició con el trabajo de los sentidos, obviamente la técnica gestáltica exigía el razonamiento de la misma más que el sentir los ejercicios corporalmente, los ejercicios trabajados y propuestos en la terapia son desde el inicio seleccionados y dirigidos por el terapeuta, como una guía de lo que el paciente debe ir sintiendo, de ese modo las sensaciones se mantienen a nivel racional.

El trabajo clínico queda inconcluso por diferentes factores, entre los cuales está el tiempo previamente determinado y la restricción institucional para usar diferentes técnicas con las que se puede trabajar la memoria corporal.

Lo cual nos lleva reflexionar sobre la forma en que se prepara un profesionista en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, del plan de estudios de un psicólogo, y del proceder de los profesores que enseñan la parte aplicada de la psicología.

La incongruencia para enseñar con una teoría en el discurso y para utilizar otra en la práctica. Generando en los alumnos desconcierto e incertidumbre a la hora de egresar y enfrentarse al campo laboral e incluso en el mismo proceder con los

pacientes de la práctica por el hecho de concebir teóricamente de una forma al sujeto y tratarlo desde otra mirada.

Dicha situación fue observada a la hora de atender el caso que se presenta en este escrito, y se ubica solamente con aquellas teorías que de alguna forma están vetadas en sus procedimientos por la institución. Ya que, por ejemplo, en la postura cognitivo conductual se sigue un procedimiento único y general bien definido que bien o mal permiten al alumno la seguridad al atender a un paciente. Sus métodos sistemáticos dan pauta a que al dar tratamiento se haga de la misma forma con todos los pacientes y no se genere en el alumno la incertidumbre y la duda de cómo proceder.

Es por todo esto que se propone que en el nuevo plan de estudios se considere contar con teorías bien estructuradas y con congruencia en las técnicas para atender casos reales y así formar psicólogos que puedan servir a la sociedad. Que en el perfil de egreso se considere no solamente la relación teórica práctica, sino que además tenga contemplada la parte aplicada en la realidad de la sociedad mexicana. Además que la formación profesional permita la exploración de diferentes miradas, la elección de una y el perfeccionamiento de la misma, evitando así la condición con la que egresan los psicólogos, y particularmente los de la FES Iztacala, con un somero conocimiento de todo y al mismo tiempo de nada.

## Referencias

Arfouilloux, J., *Niños tristes: la depresión infantil*, México, Fondo de Cultura Económica, 1983.

Arnal, Miguel y Benavente, Javier. *Las depresiones del adolescente. Una ayuda para padres y profesores*. Valencia, UPV, 2004.

Beck, U. & Beck- Gersheim, E. *La individualización: el individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. México: Paidós, 2003.

Castanedo, C. *Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y el ahora*. España, Herder, 2002.

David Shaffer y Bruce Waslick, *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*, España, Ars Medica, 2003.

Del Barrio, Victoria. *Depresión infantil. Causas, evaluación y tratamiento*, Barcelona, Ariel, 1997.

Dethlefsen y Dahlke, *La enfermedad como camino*, 2004.

Durán, Norma D. *Cuerpo, intuición y razón*, México, CEAPAC, 2004.

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

Hales Robert E. y Yudofsky, Stuart C. *Tratado de psiquiatría clínica*, Barcelona, Masson, 2000.

INEGI. *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios Cuaderno Núm. 10*, México, Dirección General de Estadística, Geografía e Informática, 2004.

ISSSTE, "Con depresión, ocho millones de mexicanos; solo el 30% acude a recibir tratamiento". México, D.F., 2002. Recuperado el 25 de marzo de 2010 en: [http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2002/agosto/b132\\_2002.html](http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2002/agosto/b132_2002.html).

Jiménez Hernández, Manuel. *Psicopatología Infantil*, Madrid, Aljibe, pp. , 1997.2825001874el Ángel Porrúa, 2006.

Kepner, J., *Proceso corporal. Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. México, Manual Moderno, 1992.

López Ramos, Sergio. *El cuerpo humano y sus vericuetos*. México, Miguel Ángel Porrúa, 2006.

López Ramos, Sergio. *Órganos, emociones y vida cotidiana*, México, Los Reyes, 2006.

López Ramos, Sergio. *Zen y Cuerpo Humano*, México, Verdehalago, CEAPAC, 2000.

Lowen, Alexander. *El lenguaje del cuerpo. Dinámica física de la estructura del carácter*, España, Biblioteca de Psicología, 1995.

Méndez, F. X. *El niño que no sonríe: estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid, pirámide, 2002.

Morand de Jouffrey, Pauline. *La Depresión*, Madrid, Acento Editorial, 1996.

Oaklander, Violet. *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestaltica para niños y adolescentes*. Chile, cuatro vientos, 2002.

OEM en Línea, "Es el suicidio tercera causa de muerte infantil: Conapo" México, D.F., 2007. Recuperado el 25 de marzo de 2010 en: <http://www.oem.com.mx/esto/notas/n267715.htm>

Petit, M., *La terapia Gestalt*, Barcelona, Cairós, 1987.

Polaina, *Las depresiones infantiles*, Madrid, Morata, 1988.

Sábato, Ernesto. *La Resistencia*, Argentina, Planeta, 2000.

Schafer, C. y Connor, K., *Manual de terapia de juego. Avances e innovaciones. Vol. 2*. México, Manual Moderno, 1994.

Solís Flores, Arcelia L. *Obesidad, construcción social de un cuerpo.*, México, CEAPAC, 2007.

Xavier Méndez, Francisco. *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*, Madrid, Pirámide, 2001.