ARTIGO

Clínica Gestalt en el sufrimiento psíquico corporificado

Clínica Gestáltica no Sofrimento Psíquico Corporificado Gestalt Clinic in Embodied Psychic Sufferring

Adelma do Socorro Gonçalves Pimentel

Lorena Schalken de Andrade

Aide Esmeralda López Olivares

Resumen: La depresión es una condición existencial que se manifiesta por medio de las alteraciones del humor, de la motivación y del encanto por vivir. Las personas en depresión se ven afectadas por las exigencias impuestas en el cotidiano, como, por ejemplo: a demostrar permanente un estado de "felicidad". Suponemos que la génesis psicosocial del sufrimiento psíquico genera síntomas depresivos manifiestos en el cuerpo. En este trabajo describimos un taller realizado en una “Clínica Escuela” de una Universidad Federal en la región Norte de Brasil. Participaron diez clientes de 20 a 50 años identificados con cuadros depresivos. Se realizaron diez sesiones grupales, envolviendo diálogo, relajación, diseño y modelado; con acompañamiento psicológico, psiquiátrico, social, físico y artístico. Se considera que el trabajo interdisciplinario favoreció a los participantes en el reconocimiento corporal, del otro y de los síntomas relacionados al humor, posibilitando autocuidado y el cuestionamiento de las introyecciones personales y colectivas.

Palabras clave: depresión; génesis psicosocial; intervención clínica arte; interdisciplinario.

Resumo: A depressão é uma condição existencial que se manifesta por meio das alterações do humor, da desmotivação e do desencanto em viver. As pessoas em depressão são afetadas por exigências impostas no cotidiano, por exemplo: ter que demonstrar um permanente estado de “felicidade”. Consideramos que a gênese psicossocial do sofrimento psíquico gera sintomas manifestos no corpo. Neste texto descrevemos aportes de um treinamento realizado em uma Clínica Escola de uma Universidade Federal na região Norte do Brasil. Participaram dez clientes de 20 a 50 anos identificados con quadros depressivos. Foram realizadas dez sessões grupais, envolvendo diálogo, relaxamento, desenho, com acompanhamento psicológico, psiquiátrico, social, físico e artístico. Se considera que o trabalho interdisciplinar favoreceu aos participantes o propio reconhecimento corporal, do outro e dos sintomas relacionados ao humor, possibilitando autocuidado e o questionamento das introjeções pessoais e coletivas.

Palavras chave: depressão; gênese psicossocial; intervencão clínica arte; interdisciplinar.

Abstract: Depression is an existential condition that manifests itself through the alterations of humor, motivation and the temporal charm of living. People in depression are affected by the demands imposed on the daily, as, for example: to permanently demonstrate a state of “happiness”. We assume that the psychosocial genesis of psychic suffering generates overt depressive symptoms in the body. In this paper we describe a workshop held in a “School Clinic” of a Federal University in the North region of Brazil. Ten clients aged 20 to 50 years identified with depressive symptoms participated. Were held ten group sessions, involving dialogue, relaxation, drawing and modeling; with psychological, psychiatric, social, physical and artistic accompaniment. It is considered that the interdisciplinarity work favored the participants in the corporal recognition, the other and the symptoms related to humor, enabling self-care and the questioning of personal and collective introjections.

Keywords: depression; psychosocial genesis; clinic intervention; interdisciplinarity.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, la depresión aumenta considerablemente entre la población mundial, siendo un preocupante factor para el empobrecimiento en la experiencia personal y social del ser humano, y un problema de salud pública en el siglo XXI.

Para Berlim *et al* (2009, p. 8) “(...) Los estudios de prevalencia en diferentes países occidentales muestran que la depresión es un trastorno frecuente. La prevalencia anual en la población en general varía de 3 a 11% ".[1]
Situamos que la depresión puede ser una manifestación en diversas patologías mentales como síntoma de fondo, no unívoco y exclusivo al psicodiagnóstico. También no existe para la depresión, “(...) un cuadro clínico fidedigno y válido, reconocido y legitimado por la mayoría", debido a la variada gama de (...) "síntomas, que, a pesar de cierto consenso, todavía se encuentran significativas discrepancias en el caso de la nosografía”[2] (Melo, Siebra & Moreira, 2016, p.22).

Un episodio depresivo, según el DSM-V (2013), puede ser caracterizado por un período mínimo de dos semanas, en el cual el individuo presenta pérdida de interés o placer por casi todas las actividades, causando perjuicio en el funcionamiento social, profesional o en otras áreas relevantes en la vida. Entre los diversos factores, la depresión puede ser causada por un desequilibrio químico en el cerebro, herencia genética, características psicológicas y/o situaciones emocionales estresantes (Dalgalarrondo, 2000).

Observamos que, aunque el entendimiento compartido por los profesionales que actúan en el área de la salud mental es alineado con los principios de la reforma psiquiátrica, ya hace mucho tiempo se ha alejó de la noción de "enfermedad mental". A partir de ese horizonte, la depresión o cualquier otro cuadro nosológico asociado al sufrimiento mental/psíquico puede ser entendido

[1] “(...) Os estudos de prevalência em diferentes países ocidentais mostram que a depressão é um transtorno frequente. A prevalência anual na população em geral varia de 3 a 11%” (Berlim *et al* (2009, p. 8).
[2] (...) “um quadro clínico fidedigno e válido, reconhecido e legitimado pela maioria”, devido à variada gama de (...) “sintomas, que, apesar de certo consenso, ainda são encontradas significativas discrepâncias na nosografia” (Melo, Siebra & Moreira, 2016, p.22).

como una condición, un estado, un modo de ser. Por lo tanto, el encuadre de la depresión como enfermedad puede inducir al profesional de salud a orientar su intervención, por medio de una visión reduccionista clásica, manteniéndose en el campo de la patologización del sufrimiento humano.

De esta forma, en este artículo, nuestro interés se sitúa en el sufrimiento humano de quien vive la depresión, como una condición existencial que se manifiesta por medio de las alteraciones del humor, del ánimo, de la motivación y del encanto por el vivir. Nos interesa el abordaje de la génesis psicosocial de la misma. Así, describimos la dinámica de un taller fundamentado en las propuestas teóricas del enfoque en Terapia Gestalt, realizado en una clínica escuela de psicología insertada en una Universidad Federal en la Región Norte de Brasil, que favoreció a diez participantes adultos en las experiencias de redescubrimiento del cuerpo afectado por síntomas depresivos.

El taller articulado a partir de la terapia gestáltica fue una forma de intervención que nos permitió pensar la clínica en la contemporaneidad considerando lo social, lo político, la diferencia, la diversidad, así como aproximar psicoterapeuta y cliente de la expansión de las fronteras de la condición humana, al practicar el " respeto incondicional al otro (Pimentel, 2003, 2018).

2. GÉNESIS PSICOSOCIAL DE LA DEPRESIÓN

En los procesos de sociabilidad, la escolarización es una importante dimensión en la experiencia de ser sí mismo; al igual que, en los procesos de subjetivación el amor propio o la autoestima y el autoconcepto son dos bases que contribuyen a la salud mental y al ajuste creativo de las personas durante el ciclo vital, “(...) la auto-estima cuando no forma parte de la estructura psíquica de las personas propicia el surgimiento de la depresión "(Brito, 2006, p. 16)[3]. Igualmente, entendemos que convertirse en sí mismo es una condición humana anclada en la filosofía existencial y en el reconocimiento de la alteridad.

[3] “(...) a auto-estima quando não faz parte da estrutura psíquica das pessoas propicia o surgimento da depressão” (Brito, 2006 p. 16).

Conforme Ruiz *et al* (2015, p 29), “autoestima baja se correlaciona con irracionalidad, ceguera ante la realidad, rigidez, miedo a lo nuevo y no familiar, conformismo por demasiado dócil o exceso de control y, miedo a los demás o hostilidad hacia ellos”[4].

En el sufrimiento psíquico de personas en depresión, nuestra suposición es que los indicadores presentes en la génesis psicosocial pueden generar síntomas psicológicos disfuncionales manifiestos en la vivencia del cuerpo, elaborados, por medio de cronificación de las introyecciones. Este posicionamiento se basa en el punto de vista gestáltico (Perls, 1997, 2002, Pimentel, 2003, Schneider, 2009), y en la concepción de Ehrenberg (1998, 2004).

Las introyecciones se constituyen como estrategias del movimiento humano para captar el mundo, luego integran los procesos de sociabilidad y de subjetivación. Cuando se asocian al procedimiento de asimilación, que implica la selección de los alimentos nutritivos que serán soportes de la autoestima, las introyecciones cultivan el ajuste creativo. Las dificultades en el discernimiento comienzan cuando se convierten en medios recurrentes de contacto mundano, sin que la persona concrete una acción selectiva de alimentos formadores del yo, lo que favorece el ajuste disfuncional, expresado en la depresión, y en otros modos de enfermedad (Perls, 1997, 2002, Pimentel, 2003, 2005).

Para Oliveira (2015, p. 53), la concepción de la génesis psicosocial de Ehrenberg señala que:

> La depresión sería una señal de una transformación social importante: el paso de una sociedad que se refiere a la disciplina (interdicción, obediencia, autoridad, etc.) a una sociedad que se encuentra bajo la prioridad de la autonomía, es decir, la decisión y la acción personal. La depresión, además de un problema de salud individual o colectiva, representaría una patología de la sociedad de la autonomía.

[4] “autoestima baixa correlaciona-se com irracionalidade, cegueira diante da realidade, rigidez, medo do novo e não familiar, conformismo por demais submisso ou supercontrolador e medo dos outros ou hostilidade em relação a eles”. (Ruiz *et al* 2015, p. 29)

> En el mundo contemporáneo la norma es lograr demostrar eficacia individual, reconocimiento social y ascenso económico. Pero el éxito privado y público exige cada vez más las mismas herramientas: la capacidad de comunicar, negociar, motivar, gestionar el tiempo. En ese contexto, el ganador individual es también una carga para sí mismo, dividido entre la satisfacción de la conquista y el sufrimiento del individualismo. La conquista de la autonomía pasa a ser acompañada del sufrimiento psíquico[5].

En este punto de vista, la depresión es una manifestación humana derivada de la opresión provocada por la cultura económica, centrada en las reformulaciones del capitalismo, que se manifiesta en la corporeidad y el psiquismo (Melo y Moreira, 2008).

Por la observación concretizada en nuestras atenciones psicoterapéuticas, notamos que algunos síntomas depresivos limitaban la fluidez corporal. Preocupadas por la superación del "olvido" del cuerpo identificamos algunas investigaciones que contribuyeron a la elaboración del taller (Heidegger, 2009).

Barco (2012, p. 3) expone en las nociones husserlianas de Leib e Korper, que, respectivamente refieren al cuerpo animado de un organismo vivo y al cuerpo inanimado, “(...) La conciencia del propio cuerpo mientras Leib lo revela como "el lugar originario de las sensaciones".[6]

Queiroz (2010, p. 15) expone que las investigaciones de Freud sobre la histeria le permitieron "revelar la existencia de un cuerpo simbolizado que coexiste al cuerpo somático, de forma que síntomas sin causas orgánicas, del orden del

[5] A depressão seria um sinal de uma transformação social importante: a passagem de uma sociedade que se refere à disciplina (interdição, obediência, autoridade, etc.) para uma sociedade que se encontra sob o primado da autonomia, isto é, a decisão e ação pessoais. A depressão, para além de um problema de saúde individual ou coletiva, representaria uma patologia da sociedade da autonomia. No mundo contemporâneo a norma é conseguir demonstrar eficácia individual, reconhecimento social e ascensão econômica. Mas o sucesso privado e público exige cada vez mais as mesmas ferramentas: a capacidade de comunicar, negociar, motivar, gerir o tempo. Nesse contexto, o vencedor individual é também um fardo para si mesmo, dividido entre a satisfação da conquista e o sofrimento do individualismo. A conquista da autonomia passa a ser acompanhada do sofrimento psíquico (Oliveira, 2015, p. 53).

[6] “(...) A consciência do próprio corpo enquanto Leib revela-o como “o local originário das sensações”. (Barco, 2012, p. 3)

psíquico, pueden materializarse, en el cuerpo encarnado”[7]. En nuestra experiencia, observamos que los síntomas aludidos resultan rigidez en la forma de moverse, esto es como si la persona estuviera "olvidada" de vivir corporalmente las emociones, aprisionando el cuerpo en una postura orientada por una racionalidad exacerbada.

De esta forma, esta vivencia de síntomas implica la expresión más allá del cuerpo físico, manifestándose simbólicamente a través de los movimientos corporales, gestos, acciones, posturas, así como también en la vestimenta. Para Zucchi (2016, p. 70)

> El cuerpo *barthesiano* no se construye sólo en su piel, la ropa, mucho más que expresión, es la extensión del cuerpo. Las ropas lo modelan, lo transforman y lo distorsionan - forman parte de su materialidad y no sólo de su discurso.[8]

Observamos en nuestro taller, sin necesitar una comprensión generalizada, que la ropa usada por los clientes hombres sugerían la protección del cuerpo, o sea, el cuerpo escondido por el uso de ropa ancha, gastada y en el aspecto físico: barba voluminosa, cabellos despeinados y la ausencia de cuidados generales; indicios que nos permitieron interpretar la existencia de un temor por mostrarse atractivos para los otros.

3. COMPREENSIÓN HOLISTICA DE LOS SÍNTOMAS CORPORIFICADOS EN LA VIVENCIA DE LA DEPRESIÓN.

Una de las bases de la intervención clínica gestáltica es la premisa holística para el abordaje del cuerpo, lo que favorece a los psicólogos al tratar con la comprensión de la salud en su totalidad. Sobre el cuerpo, significa pensar lo vivido en una perspectiva de que la corporeidad está formada en medio de las influencias de los impactos de la cultura y de las instituciones sociales. De este modo, en la constitución del enfermo, las dimensiones biológicas, psicológicas,

[7] Português

[8] O corpo barthesiano não é construído apenas em sua pele, o vestuário, muito mais que expressão, é extensão do corpo. As roupas o modelam, o transformam e o distorcem – fazem parte de sua materialidade e não apenas de seu discurso (Zucchi, 2016, p. 70).

estéticas, sistémicas son interconectadas. Este modo de pensar favorece el enfrentamiento del usual punto de vista en que, los profesionales de la salud consideran únicamente el síntoma físico y la enfermedad. La intervención clínica holística supera esta fragmentación y confronta la estandarización de la persona humana como un modelo único e integral.

Cuando los profesionales de la salud restringen abordar la depresión a través de la identificación de la sintomatología, de la mirada centrada en el enfermo, la persona humana se reduce a la condición de "paciente", y puede ser sometida a intervenciones cristalizadas, cuyo lenguaje hermético potencializa el "temor" por la depresión.

Entonces, nuestro punto de vista se fundamenta en el estudio de la vivencia del cuerpo en depresión, observando las diferentes formas de expresión de los síntomas, constituidas de significaciones, en la que cada uno proyecta su corporeidad en el mundo suprimiendo su espontaneidad y la posibilidad de creación (BARBOSA, 2012).

Acorde a Freitas *et al* (2015) la cuestión del cuerpo y de la corporeidad fue excluida de las discusiones en psicología y salud de una manera general durante muchos años. Los temas y proposiciones teóricas orientadas hacia el dualismo mente-cuerpo son reproducidos y permean las prácticas de psicólogos y demás profesionales de la salud. Por lo tanto, en esta lógica, el cuerpo es reducido a la dimensión física y la acomodación biológica del ser humano, sin embargo, la persona como ser social, histórico, cultural, etc. refleja la complejidad de formas posibles para la acción y el compromiso con el sentido de la acción (MORIN, 2011, SCORSOLINI-COMIN y AMORIM, 2008).

La vivencia de los síntomas de la depresión denota una relación indisociable entre los estados del cuerpo y la conciencia que los pacientes manifiestan sobre la vivencia de los sentimientos corporificados. Por lo tanto, comprenderlos requiere la noción de complejidad:

> (...) si intentamos pensar en el hecho de que somos seres a la vez físicos, biológicos, sociales, culturales, psíquicos y espirituales, es evidente que la complejidad es aquello que

> intenta concebir la articulación, la identidad y la diferencia de todos estos aspectos, mientras que el pensamiento simple separa estos diferentes aspectos, o los unifica por una reducción que mutila (Morin, 2005, pp. 176-177).

Por la vía de la complejidad, se puede considerar que el ser humano en su corporeidad, no es únicamente el cuerpo físico, sino una integración y manifestación de las diferentes áreas. El cuerpo como concepto integral es una definición de la antropóloga Leila Parker (1997), para quien hay una relación entre la estructura física, los procesos bioquímicos y los acontecimientos psíquicos y espirituales del ser humano.

Así, la influencia entre cuerpo y estado de la mente y viceversa, puede significar que la estimulación sensorial adquiere una importancia relevante en el desarrollo del ser humano. De este modo, en el tratamiento integral de personas con depresión, impulsar la estimulación sensorial mediante talleres de vivencias corporales envolviendo los lenguajes artísticos, danza, pintura, modelado en arcilla, entre otras formas; puede promover nuevas percepciones de sí, y vivencias de bienestar.

Para Kepner (1992, p. 93), "El ciclo de la experiencia comienza con la sensación: sentimiento corporal, impulsos y necesidades orgánicas, imágenes, pensamientos, percepciones del entorno". En la perspectiva de integración entre mente y cuerpo, se puede comprender una relación existente entre la salud mental y corporal, posibilitando una mirada a la complejidad del ser humano,

> (…) las condiciones de nuestro cuerpo pueden influir en el estado de nuestra mente. Por eso, es fundamental que tengamos cuidado sobre nuestro cuerpo para que nuestra mente pueda desarrollarse en su plenitud, y viceversa, tener una salud mental para que podamos usufructuar de las capacidades de nuestro cuerpo[9] (Dândolo *et al,* 2015. p.133).

[9] (...) las condições do nosso corpo podem influenciar o estado da nossa mente. Por isso, é fundamental que tenhamos cuidado sobre nosso corpo para que a nossa mente possa se desenvolver em sua plenitude, e vice-versa, termos uma saúde mental para que possamos usufruir das capacidades do nosso corpo. (Santana et al, 2015. 133)

Por lo tanto, en el flujo de la experiencia, si al cambiar la conversación se puede cambiar emocionalmente, eso, en analogía con el movimiento del cuerpo se puede considerar que, al mover el cuerpo de manera diferente, se puede impulsar a una movilización emocional distinta.

Rodríguez, Portillo *et al* (2015) desarrollaron intervención psicoterapéutica para tres grupos de personas con distimia crónica resistentes al acompañamiento, en una Unidad de Salud Mental Comunitaria. Participaron clientes que mostraban síntomas de tristeza, apatía, llanto; ansiedad sobre el pasado, el presente y el futuro: sentimientos de impotencia, desvalida, somatizaciones, insomnio y aislamiento por un período mínimo de dos años. Los talleres tuvieron como objetivo proporcionar autonomía y preparación al alza de la unidad de salud. Las atenciones se realizaron a partir de intervenciones verbales y con técnicas de psicodrama y sistémicas. Entre los resultados obtenidos, los autores observaron una disminución del sufrimiento en relación a los sentimientos de descenso, abandono e impotencia, así como, la posibilidad de responsabilizarse por buscar nuevas alternativas de vida.

Ferreira, (2014, p. 11) realizó una intervención con ocho sesiones grupales, de una hora, en un Centros de Atención Psicosocial (CAPS)[10] para diez adultos con el objetivo de "estimular los mecanismos naturales de prevención de agravios y recuperación de la salud". La facilitación del grupo incluyó "material audiovisual, carteles y folletos explicativos, Caminata; grupo de Horta; grupo de cocina sana con orientación de la nutricionista. Los resultados alcanzados incluyeron "beneficios para el estado físico, mental, social y espiritual de los usuarios del CAPS"[11].

[10] Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) son instituciones brasileñas que apuntan a la sustitución de los hospitales psiquiátricos y de sus métodos para cuidar de afecciones psiquiátricas. Los CAPS, instituidos junto con los Núcleos de Asistencia Psicosocial (NAPS), a través de la Ordenanza / SNAS nº 224 - 29 de enero de 1992.

[11] Ferreira, (2014, p. 11) realizou uma intervenção com oito sessões grupais, de uma hora, em um CAPS para dez adultos visando “estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde”. A facilitação do grupo incluiu “material audiovisual, cartazes e folhetos explicativos, caminhada; grupo de Horta; grupo de Culinária Saudável com orientação da nutricionista”. Os resultados alcançados incluíram “benefícios para o estado físico, mental, social e espiritual dos usuários do CAPS”.

4. METODOLOGÍA

La intervención realizada fue interdisciplinaria, pues hay entre las autoras una maestra formada en artes y danza terapéutica. De este modo, priorizamos el enfoque de los síntomas de la depresión manifestados en el cuerpo, específicamente en las sensaciones de desconfianza, fealdad, suciedad y el temor al mostrarse; sensaciones identificadas durante las entrevistas y las sesiones individuales (Pimentel, 2016).

Para identificar a los participantes del taller recurrimos a la base de datos de los clientes de la clínica escolar. Ahí, el cuadro de profesionales de la clínica, realiza unas fichas de selección en las cuales se pueden encontrar indicadores, pues en estas, los clientes apuntan sus quejas y también reciben la impresión del diagnóstico psicológico de quien los atiende; así, seleccionamos aquellos con referentes de cuadros depresivos.

Los criterios de inclusión del taller fueron: la adhesión espontánea del cliente, estar en psicoterapia, la firma del contrato terapéutico y el seguimiento psiquiátrico mientras que los criterios de exclusión fueron: no tener un cuadro de ideación suicida recurrente y no estar en psicoterapia; tener menos de veinte años y más de cincuenta.

Posteriormente, concretizamos una entrevista clínica de los clientes con las autoras para presentar la propuesta del taller; ampliar la comprensión de la queja triada; firmar el contrato terapéutico y el término de consentimiento libre y esclarecido. Finalmente participaron en el taller diez adultos, hombres y mujeres de 20 a 50 años. La presente investigación está autorizada por el Consejo Nacional de Ética (CONEP), con el dictamen Número de Opinión: 2.735.646.

La preparación del taller involucró reuniones previas entre las autoras y los profesionales de la clínica-escuela: psiquiatra, el educador físico y la danza terapeuta. Es importante recordar que en equipos de salud en la atención básica hay una apreciación de la génesis bioquímica de la depresión, como una disfunción en el sistema nervioso central con disminución de la serotonina y noradrenalina (Brito, 2006). Sin embargo, reiteramos que en el taller no

compartimos acciones de salud mental que recomiendan la "gestión del humor, de las condiciones de sociabilidad y de los usos de sí por la vía farmacológica"[12] (Oliveira, 2015, p. 14). También, no estábamos interesados en la "gestión de sí mismo en busca de la autorrealización, del mejoramiento de sí, patologización de la diferencia, sin espacio para la alteridad"[13] (Oliveira, 2015, p. 47).

Las intervenciones tuvieron como objetivo ofrecer experiencias de redescubrimiento del cuerpo, afectado por síntomas depresivos. Realizamos diez sesiones de dos horas de duración. El número de intervenciones fue deliberado en las reuniones del equipo, considerando que en la clínica psicológica la escucha y la mitigación del sufrimiento humano, sobre todo, las actividades fundamentale son las dimensiones psicológica, corporal y psicopatológica. Así, las diez sesiones nos permitieron enfocar intensamente los síntomas corporales y favorecer el involucramiento y la sensibilización de los participantes en sus vivencias corporales.

Nuestra conjetura fue que el enfoque intensivo de los síntomas manifiestos corporalmente favoreció la conciencia y la fluidez de la vivencia del cuerpo. Y finalmente, la premisa de que el síntoma corporal es una manifestación de la existencia, una condición, no un estado que se reduce a las dimensiones intrapsíquica y neurobiológica. Por lo tanto,

> Podemos decir que el hacer clínico incluye un análisis del contexto social en que el individuo está inserto. El referencial teórico así deja de ocupar el espacio de principal orientador de la práctica, que pasa a ser ocupado por el compromiso ético del psicólogo[14] (Dutra, 2004, p 382).

El conjunto de las sesiones involucró uso de varios lenguajes: verbal, relajación corporal y actividades artísticas como: diseño y modelado. En el manejo de las

[12] “gestão do humor, das condições de sociabilidade e dos usos de si pela via farmacológica” (Oliveira, 2015, p 14).
[13] “gerenciamento de si em busca da autorrealização, do melhoramento de si, patologização da diferença, sem espaço para a alteridade” (Oliveira, 2015, p. 47).
[14] Podemos dizer que o fazer clínico inclui uma análise do contexto social em que o indivíduo está inserido. O referencial teórico assim deixa de ocupar o espaço de principal norteador da prática, que passa a ser ocupado pelo compromisso ético do psicólogo (Dutra, 2004, p 382).

mismas, una pareja compuesta por la psicóloga y la profesional en arte condujo los encuentros, facilitando la relación grupal. Las sesiones fueron grabadas en audio y transcritas. Después del trabajo terapéutico el equipo se reunió para escucharlas y elaborar los principales temas surgidos en el taller, los cuales fueron: desconfianza, fealdad, suciedad y el temor de exponerse.

A continuación, realizamos un diálogo entre la información empírica obtenida de la intervención y la teoría de la terapia Gestalt. Para tal, organizamos en categorías que sintetizan los temas surgidos: Reconocimiento de sí, Respiración, Creación, Interacción, Integración (Pimentel, 2003).

En las sesiones, trabajamos de manera integral, todos los temas propuestos en el grupo, formando un continuo de intervenciones clínicas, partiendo de la precertificación, reconocimiento de sí, integración y elaboración del significado de la experiencia. Los resultados se presentan en forma de síntesis, con énfasis en las situaciones y escenas que se destacaron durante las diez sesiones.

5. RESULTADOS

A partir de la comprensión gestáltica del ser humano, los lenguajes utilizados en las sesiones de encuentro con los participantes entrelazan elementos históricos, culturales y sociales de la experiencia personal de cada participante y del desarrollo de las relaciones matriciales del grupo. Así, el soporte teórico-metodológico se basó en los conceptos de *Contacto, Soporte y Awareness* (PERLS, 1991).

Los síntomas pueden comunicar las disposiciones de las dinámicas psicológicas y relacionales, contar historias y encarnar experiencias. La comprensión de la enfermedad y sus síntomas revela cuestiones ontológicas y profundiza la capacidad de diferenciarse y posicionarse ante la vida. El reconocimiento de la diferencia se produce en diálogo con el mundo, con impresiones marcadas en la dimensión fisiológica y expresándose a medida que integramos y asimilamos experiencias cotidianas relacionadas con funciones primarias como la respiración y la digestión, por ejemplo; la sensibilidad, la movilidad, el lenguaje, los hábitos, etc. Así pues, podemos

entender que Soporte y Contacto no son los mismos conceptos, pero se entrecruzan: en la medida en que haya inhibición de las funciones orgánicas/hábitos/"forma de ser" (Soporte), habrá discrepancia en las funciones de contacto (PERLS, 1991).

El contacto se entiende como el reconocimiento de la alteridad, la conciencia de la diferencia. La diferencia se entiende como la frontera que delimita las experiencias entre el yo y el otro, lo que también apunta a la diferenciación entre dos dimensiones: *estar en contacto* y *establecer contacto*. La primera se refiere a un estado continuo de conciencia que tiende a la indiferencia. Establecer contacto es una función de primer plano, que requiere una conciencia específica de una actividad, un objeto, que se produce a través de órganos específicos o de una actividad estructurada. Aquí hablamos de fisiología primaria y de hábitos que se adquieren con el tiempo y se convierten en automáticos bajo los antecedentes vividos. Así, cuando hablamos de procesos depresivos, la inscripción de la experiencia en el cuerpo, expresada también por la sintomatología, nos permite ir más allá de las clasificaciones y los diagnósticos cuando nos interesamos por las narrativas vitales individuales y colectivas. La noción de *Awareness* y el *Continuum de la experiencia* son posibilidades que pueden partir de la autoidentificación sensorial, onírica, fisiológica, gestual, etc. Las inscripciones en el cuerpo tienen como telón de fondo el tiempo, la historia, la cultura, la "civilización" interna y nuestra forma de contactar (DELACROIX, 2009).

A continuación se describen y comentan las sesiones de intervención grupal, en las que se buscó trabajar los sentidos y significados de los síntomas corporizados de los participantes del taller.

Los temas indicados por los participantes del taller fueron: sensación de desconfianza, fealdad, suciedad, temor de exponerse, baja estima y fracaso. De este modo, para favorecer la vivencia integral de la corporeidad, todas las sesiones incluyeron estiramiento, automasaje de los pies a la cabeza; personificación de las sensaciones y emociones, respiración y liberación de las tensiones en el cuerpo. Las dinámicas abarcaron entre otras actividades, actos físicos de reconocimiento y percepción corporal; explotación del espacio con

las diferentes maneras de locomoción y ejercicios de equilibrio, coordinación y estabilidad corporal.

La primera sesión se constituye en un momento de observación mutua y preocupación por lo que ocurría. Cuestiones como: qué haremos y hasta qué horas nos quedamos aquí, fueron presentadas por los participantes. Nuestra respuesta fue ampliar la sonrisa y la acogida, reiterando que, en la sala de grupo, tendríamos dos horas para cada uno explorar sus potencialidades acompañar su ritmo y conocer más sus sentimientos y movimientos corporales.

Las intervenciones alternaban propuestas de experimentar el cuerpo. Colocarlo en pie, acostado, inclinado, conforme a los límites físicos y emocionales de cada participante. En todas las sesiones trabajamos con el objetivo de facilitar la percepción de las sensaciones que les provocaban el contacto con el suelo, consigo y con los otros integrantes.

También, destacamos la importancia de la respiración, pues la misma es base para alcanzar tranquilidad y tomar decisiones, así que, le dimos una atención especial a este recurso. En la terapia Gestalt, la preocupación se centra en las interrupciones del contacto y la diferenciación, que no pueden basarse únicamente en una lectura psicológica. Los soportes se constituyen primero como hábitos corporales y, a lo largo del desarrollo humano, se transforman continuamente en estilos de expresión.

En una de las sesiones, pedimos a cada uno de los clientes que se recostara con los ojos cerrados, colocara las piernas estiradas y con las manos en el abdomen acompañara el movimiento de la respiración, inhalando en un tiempo y exhalando en tres tiempos. Esta acción fue realizada también con las rodillas dobladas y de pie, en esta última, levantaban los brazos en la inhalación y al soltarlos junto con la exhalación emitían sonidos.

Al final de cada sesión, cada integrante realizaba una evaluación de su proceso y del taller, haciendo una reflexión de cómo se sintió antes, durante y después del proceso.

Consideramos que en cada sesión el desarrollo de auto apoyos en el campo emocional y social de los participantes, fue gradualmente ampliándose, así como, las fronteras de contacto, sobre todo las de la familiaridad y sociabilidad con el otro.

Destacamos escenas de la quinta sesión, en que la creatividad en la composición de movimientos con el cuerpo fue sorprendente. La orientación que guio la magnitud del cambio fue expresar corporalmente como se estaban sintiendo en ese momento. Las respuestas fueron compuestas por el movimiento de caminar por la sala, intercambiar miradas, tocar a los otros integrantes, percibir y comunicar impresiones, hacer movimientos a partir de la escucha de la música, imitar el movimiento del otro y después de unirse a una persona elegida para dialogar.

En la sexta sesión se introdujo la arcilla, con la finalidad expresar mediante la creación de la forma, las sensaciones y los sentimientos que vivían, cuando estaban afectados por síntomas depresivos, posteriormente se organizó una rueda para conversar sobre las experiencias de cada integrante. Durante todas las sesiones mantuvimos el estiramiento, el automasaje, sacudiendo el cuerpo, caminando y exagerando ese movimiento.

A partir de la octava sesión, iniciamos el procedimiento de favorecer la integración y la elaboración del sentido de la participación en el taller para beneficiar una actualización de los componentes psicosociales que actúan en la vivencia de los síntomas depresivos y provocan sufrimiento.

Las principales intervenciones fueron el estiramiento, automasaje, masaje en pares, realizar pequeñas mediaciones en la forma de como el otro camina, con orientaciones sutiles, sin conducir. El punto principal fue la rueda de conversación acerca de los modos singulares e intersubjetivos de vivenciar el cotidiano imaginando, creando modos de vivir creativamente con y sin síntomas de la depresión.

Para finalizar la narrativa, presentamos un resumen de los indicadores señalados por los participantes, durante el taller acerca del

autorreconocimiento del significado del síntoma en el cuerpo cuando iniciaba una "crisis" depresiva:

- ✔ ***Dolor**: sentía dolor en la columna, hacía la asociación de ella, de la ubicación con la depresión, mi enfermedad (María, 32 años)*
- ✔ ***Desconfianza**: en mi cuerpo los síntomas se manifestaron por el desvío de la mirada, poco contacto visual, los hombros rígidos, a intolerancia al contacto físico, poca disponibilidad para cerrar los ojos, respiración entrecortada y dificultad para mantener la columna recta. (Lauro, 40 años);*
- ✔ ***Suciedad:** además de mi higiene personal precaria, a veces, tenía la sensación de que mi cuerpo estaba comprimido, como si estuviera siendo amasado, no conseguía hacer movimientos amplios; había tensión corporal en el cuello y los hombros; (Marcelo, 35 años);*
- ✔ ***Temor de exponerse:** tenía poca disposición para realizar actividades físicas o alguna tarea que involucra la utilización del cuerpo; a menudo mis movimientos corporales eran pequeños, la postura de mi cuerpo no tenía control ni fuerza, manifestando debilidad; a veces, al caminar mi tronco se inclinaba hacia adelante. (Juan, 38 años);*
- ✔ ***Fealdad:** de modo general sentía que mi cuerpo era feo, entonces quedaba incómodo, no conseguía relajación; mis movimientos eran muchos, como si estuviera muy ansioso, tenía que cambiar de lugar varias veces; a veces sentía mi cuerpo muy pesado, con poca energía; y también era intolerante al contacto físico. (Raimundo, 25 años)*
- ✔ ***Dolor muscular:** cuando comenzaba el estiramiento corporal me quejaba mucho porque sentía dolor, parecía que había olvidado mi cuerpo. En el taller pasé a recordarlo y moverme (Juana, 26 años).*

Destacamos que los significados de los síntomas previamente mencionados no pretenden ser interpretaciones fijas o que puedan ser utilizadas en otros contextos; son descubrimientos y percepciones que provienen de las trayectorias personales manifestadas por cada participante que, a través de las actividades propuestas a lo largo de las sesiones, de los diálogos desarrollados en el grupo, de los cambios ensayados en su vida cotidiana y de la experimentación con movimientos corporales de danza y automasaje, permitieron la apertura de la conciencia sobre sus cuadros depresivos.

6. DISCUSIÓN

Aunque tengamos y seamos un cuerpo, en el cotidiano de los participantes parecía que todos vivenciaban un "olvido" del autocuidado y de la observación de sus necesidades corpóreas. El taller, en la evaluación de los mismos fue una acción clínica importante para el tratamiento psicosocial, sobre todo por la elaboración de vivencias en grupo. *Una oportunidad para expresar las dificultades, la sociabilidad y los cambios afectivos sin miedo, usando varios lenguajes. (Lauro, 40 años)*

Autores contemporáneos, como Jean-Marie Delacroix (2009), trabajan para comprender la asimilación de hábitos en diferentes culturas y el impacto en las relaciones sociales de actitudes que se introyectan y muchas veces se convierten en códigos morales de comportamiento, generando sufrimiento psicológico y otras enfermedades fisiológicas. Cabe destacar que no se trata de interferir en la forma de actuar de las personas o de acceder a los fenómenos, y mucho menos de eliminar las resistencias que se pueden ver a través de la lógica de la moral, sino de trabajar en el reconocimiento de la diferencia a través del soporte.

Consideramos que, el trabajo en la clínica cuando se basa en la interdisciplinariedad favorece la percepción del cuerpo integrado a la vivencia. La intervención mediante la terapia gestáltica facilitó la promoción de un encuentro genuino de acogida entre psicoterapeutas y clientes; la profundización de las auto percepciones y de las percepciones del otro, posibilitó a los participantes el reconocimiento de sí en el mundo, relacionándose con los demás a partir de sus significados, lo que proporcionó a cada uno prácticas de autocuidado y escucha.

Nuestra experiencia corrobora la de Wolfarth (2014, p.13) autor del protocolo para la realización de talleres en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). En el trabajo psicoterapéutico interdisciplinario, "Es de suma importancia crear, observar, escuchar, estar atento a la complejidad de la vida de cada persona

que es mucho más complejo que el trastorno, que muchas veces es tratado como un todo"[15].

El reconocimiento de sí mismo y del otro beneficia la elaboración de una significación del cuerpo más allá de los síntomas físicos y de los hábitos. El tratamiento de personas en sufrimiento mental de forma integral e integrada supera la comprensión de la persona como un cuadro de síntomas de la depresión. Es una tarea que sigue como un desafío, sobre todo para los profesionales de la salud mental. Gestalticamente a proposición del paradigma del holismo ancla la unificación de la conciencia a la intencionalidad, resultando en la vivencia de las personas identificadas con la vida.

REFERENCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

Barbosa, S.L.R. *A experiência de depressão na contemporaneidade: uma compreensão fenomenológico-existencial*. 2012. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, 2012.

Barco, A. P. (2012) *A concepção husserliana de corporeidade: a distinção fenomenológica entre corpo próprio e corpos inanimados*. Editora: Synesis, Petrópolis, 4 (2), 1-12. Recuperado em 16 Agosto, 2017, de http://seer.ucp.br/seer/index.php?journal=synesis&page=article&op=view&path%5B%5D=265

Berlim, M.; Brasil, M., Del Porto, J., Hetem, L., Botelho E., Fleck, M., Lafer, B., Sougey, E., & Juruena, M. (2009). *Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (*Versão integral). In: Revista Brasileira de Psiquiatria, 31 (1). Recuperado em 16 Agosto, 2017, de

[15] “É de suma importância criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida de cada pessoa que é muito mais complexo que o transtorno, que muitas vezes é tratado como um todo”. (Wolfarth, 2014, p. 13)

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000500003

http://www.teatro.ufba.br/gipe/arquivos_pdf/ETNOCENOLOGIA1.pdf

Brito, M. R. M. de. (2006). *A importância da auto-estima na prevenção da depressão.* Monografia do curso terapia da família. Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro. Recuperado em 16 Agosto, 2017, de http://www.avm.edu.br/monopdf/3/MARIA%20ROSALINA%20MONTEIRO%20DE%20BRITO.pdf

Dalgalarrondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Dândolo, J., rocha F., Long, M., & Barretto, S. (2015) *Caderno Pedagógico PYNAPSE*, IPTI.

DELACROIX, J.M. (2009). Encuentros con la Psicoterapia: Una visión antropológica de la relación y el sentido de la enfermedad en la paradoja de la vida. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.

Dutra, E. (2004). *Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade.* Natal: Estudos de Psicologia, 9 (2).

Ehrenberg, A. & botbol, M. (2004). *Depressão, doença da autonomia? Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol.* Rio de Janeiro: Ágora [online], 7 (1), pp.143-153. ISSN 1809-4414. Recuperado em 18 Agosto, 2017, de http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982004000100009

Ehrenberg, A**.** (1998). *La fatigue d'être soi.* Paris: Odile Jacob.

Ferreira, A. S. (2016). *Proposta de intervenção no centro de assistência psicossocial utilizando os recursos terapêuticos.* Monografia do curso de Especialização em Atenção Psicossocial. Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado em 18 Agosto, 2017, de

https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167149/Alba%20Silva%2 0Ferreira%20-%20PSICO%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ferreira, A. B. H. de. (2010). *Dicionário da língua portuguesa.* (5. ed.) Curitiba: Positivo.

Fleck, M. P., Berlim, M. T., Lafer, B., Sougey, E. B., Porto, J. A. D., Brasil, M. A., Juruena, M. F., & Hetem, L. A. (2009). *Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão* (Versão integral). Rev. Bras. Psiquiatr. [online], 31 (1), pp.S7-S17. ISSN 1516-4446. Recuperado em 18 Agosto, 2017, de http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000500003

Heidegger, M. (2009). *Seminários de Zollikon* (2ª ed.) Petrópolis: Vozes.

Kepner, J. (1992). *Proceso corporal: Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia.* El manual moderno, México 1992.

Melo, A., Siebra, A. & Moreira, V. (2017). *Depressão em Adolescentes: Revisão da Literatura e a Pesquisa Fenomenológica.* Rev. Psicologia: Ciência e Profissão, 37 (1), 2017.

Morin, E. *Ciência com consciência.* (2005). ALEXANDRE M. D., DÓRIA, M. (Tradução) Ed. Revista e modificada pelo autor:(8ª ed.). Rio de Janeiro: Bertrand.

Parker L. (1997). *Guía fácil de Kinesiología* Ediciones: Robinbook.

Oliveira, M. V. de. (2015). *Curar a própria história – uma análise sociológica da terapêutica da depressão.* Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Sociais, Departamento de Sociologia. Recuperado em 18 Agosto, 2017, de http://repositorio.unb.br/handle/10482/20627 - Acesso em Agosto de 2017;

Perls, F. S., Hefferline, R. & Goodman, P. (1997). *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.

Perls, F. S. (2002) *Ego, fome e agressão: uma revisão da teoria e do método de Freud.* São Paulo: Summus.

PERLS, L.; WYSONG, J. (1991). The Gestalt Approach: Living at the Boundary: The Collected Works of Laura Perls. Gestalt Journal Pr.

Pimentel, A. (2003). *Psicodiagnóstico em Gestalt-terapia.* São Paulo: Summus.

_____, A. (2016). *Psychological Nutrition*. Psychology (Irvine), v. 07, p. 1104-1109, 2016. Recuperado em 18 Agosto 2017 de https://file.scirp.org/pdf/PSYCH_20160715164146l7.pdf

_____, A. (2018). *Prática Clínica em Meios Virtuais.* Curitiba: Juruá Ed.

Queiroz, A. de. (2010). *A loucura pelo corpo: incursões corporais com sujeitos em sofrimento psíquico grave.* Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica. Recuperado e, 18 agosto, 2017, de

http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7116/1/2010_AnaGlauciadeQueiroz.p d f

Ruiz, J. E. L., Muzzeti, L. R; Faria, M. P. S. P.; De Freitas, S. F., & De Souza, T. B. (2015). *Os seis pilares da autoestima e a integração corpo e mente.* Universidade Estadual Paulista. Araraqura, São Paulo, 11. Recuperado em 18 Agosto, 2017, de http://seer.fclar.unesp.br/tes/article/view/9167/6074

Schneider, D. R. (2009). *Caminhos históricos e epistemológicos da psicopatologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo.* Universidade Federal de Santa Catarina: Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 1 (2).

Scorsolini-comin, F.; amorim, K. S. *Corporeidade: uma revisão crítica da literatura científica*. Psicol. rev. (Belo Horizonte), 2008, vol.14, n.1, pp. 189-214.

Wolfarth, F. A. (2012). *Protocolo para o atendimento nas oficinas terapêuticas do caps do município de encantado - RS.* Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Enfermagem na Atenção Psicossocial. Recuperado em 20 Agosto, 2017, de https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/167305

Zucchi, V. (2016). *Pele nua, letra crua: as significações do corpo em Roland Barthes.* Programa de Pós-graduação em Letras da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. Recuperado em 20 Agosto, 2017, de http://www.ichs2.ufop.br/caletroscopio/revista/index.php/caletroscopio/article/vie

w/88

Endereço eletrônico:

Adelma do Socorro Gonçalves Pimentel

Lorena Schalken de Andrade

Aide Esmeralda López Olivares

E-mail:

adelmapi@ufpa.br

lorenashalken@gmail.com

danzka_@hotmail.com