

La Depresión mirada desde el Análisis Existencial y la Psicoterapia Somático Corporal Neoreichiana

José Gengler L *, Alex Martínez M *

Resumen:

Se presentan las visiones que tienen dos modelos epistemológicamente diferentes respecto de la depresión reactiva o motivada. La mirada del análisis existencial, cuyos fundamentos devienen de Viktor Frankl, padre de la logoterapia y Alfred Laengle, continuador del legado logoterapéutico de la búsqueda de sentido a través de nuevos conceptos, a saber, las cuatro motivaciones fundamentales, que explican los orígenes de la depresión y su abordaje. Como segunda visión, la de la psicoterapia somático corporal Neoreichiana (desarrollada por Wilhelm Reich, Alexander Lowen y David Boadella), que muestra que el cuadro depresivo debe ser abordado no solo desde la dimensión dialógica, sino que es necesario incorporar formas de trabajo que impliquen el restablecimiento energético del cuerpo físico y los aspectos de la fisiología del cuerpo sutil ampliamente investigada por el médico y fisiólogo danés Bob Moore, los recursos personales y espirituales, lo biográfico y el sistema de creencias.

Palabras clave: depresión reactiva o motivada, logoterapia, psicoterapia somático corporal

Depression in the Existential Analysis and Neoreichian Body Somatic Psychotherapy

Summary:

The visions of two epistemologically different models regarding reactive depression are presented. Existential analysis -whose foundations arise from Viktor Frankl, father of logotherapy and Alfred Laengle, continuer of the logotherapeutic legacy in the search for meaning through new concepts, namely, the four fundamental motivations-, that explain the origins of the depression and its approach. As a second view, the Neoreichian body somatic psychotherapy, developed by Wilhelm Reich, Alexander Lowen and David Boadella, who shows that depressive symptoms should be addressed not only from the dialogic dimension, being necessary to incorporate forms of work involving energy restoration of the physical body and aspects of physiology of the subtle body widely investigated by the Danish

physician and physiologist Bob Moore; personal and spiritual resources, biographical aspects and the belief system.

Keywords: reactive or motivated depression, speech, body somatic psychotherapy.

La Depresión desde el Análisis Existencial

Jose Gengler Ladi

Desde la perspectiva del Análisis Existencial y Logoterapia (AE y L) (Frankl, V. [1979]; Laengle, A. [Formación GLE: Libro (GLE Lb) 1], [2000]; Croquevielle, M. [2009]; Gengler, J. [2009]), la depresión nuclear (Dörr, O. [1995]) surge a partir del compromiso de la *Segunda Motivación Fundamental* [MF] de la existencia (Gengler, J. [2013]), la cual, corresponde a "*gustar la vida*". En efecto, en la depresión, al paciente no le gusta estar vivo, incluso hasta llegar al extremo de que "*esta vida, así como es, no vale la pena vivirla*". A este problema existencial dedicaremos este artículo.

Laengle [2004] profundiza al respecto, señalando que en los trastornos depresivos faltan valores personales. Al respecto, es importante señalar que aquí no se trata de valores morales, los cuales tienen naturaleza predominantemente super yóica y son relevantes en especial en relación con el comportamiento de la sociedad en general y con grupos de personas. En cambio, los valores personales ponen en relevancia el énfasis personalista del presente enfoque. Es decir, poner en juego los valores personales permite el despliegue de la dimensión personal, tanto del paciente como del terapeuta; en efecto, el origen de estos valores entonces no estaría en los acuerdos culturales, sino en la capacidad de empatía: "*yo no quiero hacerte a ti, algo que no me gustaría que me hagan a mí*." (Laengle, A. [GLE Lb 3, Lb 4]). Así, lo deprimente desde este punto de vista sería el impedimento del despliegue pleno de la dimensión personal.

Ahora podemos explorar las raíces de la falta de valores personales en la vida del depresivo. De acuerdo a la axiología de valores planteada en el enfoque, el *Valor Fundamental* (VF), es

* José Gengler Ladi, Psiquiatra. Mg.en Análisis Existencial

* Alex Martínez M. Psicólogo Clínico (Mg). Certificación en Psicoterapia corporal Neoreichiana

decir, aquel valor al cual se subyugan todos los demás valores, es el Valor de la Vida (Frankl [1979]), lo cual está de acuerdo con Scheller, M.; Laengle, A. [GLE Lb 3]). La pérdida de contacto con éste valor puede basarse en etiologías hereditarias de naturaleza poligénica, y en personalidades predisponentes.

Para comprender humanamente cada depresión, podemos imaginarnos por un momento que cada ser humano tiene una relación de pareja con su propia vida. Así como al valor de la vida en sí lo llamamos VF, a la relación con la propia vida la podemos denominar "*Relación Fundamental*" (RF). Si sentimos que esta vida, con todos sus diversos matices, ha valido la pena vivirla, entonces tenemos una buena RF. En cambio ocurre una ruptura definitiva de esta relación, por ejemplo, en el suicidio.

En el espectro depresivo, en diferentes formas, la RF se ve profundamente afectada. Por ejemplo, en los trastornos del sí mismo como se puede inferir a partir de Laengle, A. (2011 y 2012), los valores personales faltan debido a que no son vivenciados, con la finalidad de evitar sentir el dolor. En cambio, en la distimia, los valores personales faltan a consecuencia de una biografía carenciada en tal sentido. El abordaje de la depresión en estos contextos, con mayor profundidad, excede los límites de este artículo.

En la depresión nuclear, por otra parte, faltan los valores personales a partir de una disminución de la vitalidad, cuyo origen es en alguna medida, endógeno. Este proceso consiste en que la persona abandona progresivamente la ritmicidad de lo vivo, para habitar cada vez más en el mundo de las cosas (las cuales, carecen de ritmos), fenómeno el cual, ha sido denominado "*crematización*" (Dörr, O. [1995]). Existencialmente, la vivencia del paciente es de fracaso, por no poder cumplir las exigencias de la vida, pues su vitalidad no es suficiente.

Comparando estas tres entidades, podemos resumir cada uno de los problemas existenciales así:

- a. El paciente distímico dice: "*La vida es buena, pero está ensañada conmigo.*"
- b. El paciente con un trastorno del sí mismo dice: "*La vida es buena, pero los demás son malos.*"
- c. El paciente que presenta un episodio depresivo nuclear dice: "*La vida es buena, pero yo no estoy a la altura de sus exigencias. He fracasado.*"

Esclareciendo las raíces del problema existencial presente en la depresión nuclear, podemos observar que no solo faltan los valores personales, sino además estos han sido reemplazados por otro conjunto de valores, altamente estimados en nuestra

sociedad actual. Estos consisten en reducir a los seres humanos a su valor de uso, de tal manera que el valor de su vida se defina en función del éxito o fracaso en relación a alcanzar una meta. Desde el punto de vista biográfico hay dos configuraciones caracterológicas relevantes para nuestro tema, que se exponen a continuación:

1. *El trastorno de personalidad paraexistencial* (Furnica, C. [2003]), que consiste en la subyugación de todos los demás valores, al éxito. Puede manifestar en consecuencia, rasgos antisociales y narcisistas.
2. *Typus Melancholicus* (TM) (Ambrosini A. et al [2011]), no pertenece en rigor, al ámbito de lo patológico sino, más bien, su problema existencial radica en ser demasiado normal o ser sobreadaptado en exceso. Se configura como una condición predisponente a tener depresión nuclear. El TM, tiene dos características, que se mencionarán a continuación:
 - a. *Includencia*: orden y estabilidad del espacio y de las relaciones
 - b. *Remanencia*: sensación de deuda hacia los demás por no tener la suficiente fuerza vital para hacer frente a la vida.

En este artículo, se hace hincapié en el trastorno paraexistencial y en el TM, porque bien puede darse que el primero abuse del segundo, y éste último acepte apaciblemente el abuso desde su remanencia. Nuestros valores culturales actuales inculcan con frecuencia la sobrevaloración del éxito por encima de cualquier otra cosa. Y ambas conformaciones del carácter recién mencionados, cada una desde su propia configuración, pueden pasar por alto su propio valor personal, o la del otro. El divorcio con la vida es inminente.

El TM está atrapado entonces en una omnipotencia doble: desde la remanencia, se siente fracasado cuando no es capaz de hacerse cargo de la carga existencial de los demás (incluyendo a alguien que podría presentar un trastorno paraexistencial, con quien manifestará la tendencia a conformar una relación complementaria de abuso); y por otro lado, desde la includencia, está atrapado en el anhelo de una vida totalmente estable (lo cual no existe). Aquí por ejemplo se siente fracasado ante las alteraciones de relación, mudanzas o eventuales cambios de puestos de trabajo (incluso si se tratan de cambios positivos).

Cuando el sistema neurobiológico ya no es capaz de responder a esta sobre exigencia, esta condición puede predisponer al paciente a que se manifieste el endón de un episodio depresivo, que puede requerir tratamientos farmacológicos prolongados.

Desde el punto de vista existencial preventivo nos podemos preguntar qué podemos hacer antes, para que tales episodios eventualmente no ocurran, y tales tratamientos no sean necesarios. En esta vertiente tanto las propuestas en un nivel preventivo (por ejemplo, en establecimientos educacionales) como también el planteamiento psicoterapéutico en el episodio depresivo, deberían contemplar las siguientes bases desde el punto de vista existencial y logoterapéutico:

1. Hacer todo lo necesario para reparar y fortalecer la RF.
2. Desarrollar y apreciar profundamente valores personales.
3. Aprender a soltar las autoexigencias omnipotentes.
4. Fomentar el autocuidado para aumentar la autovaloración.
5. Cambiar la propia relación con el éxito.
6. Liberarse de relaciones de abuso.

7. Crear nuevas relaciones que establezcan un buen vínculo con el paciente, sin que él tenga que hacer ningún esfuerzo especial para ser aceptado tal como es (Traverso, G. [2009]). Una buena relación con el mundo mejora la RF.
8. Permitirse el contacto con el dolor, sin retraumatización ni sobre victimización (Gengler, J. [2013]).

A modo de palabras finales, la depresión nos deja las siguientes preguntas:

¿Vale la pena una búsqueda tan frenética del progreso, que pase por alto nuestro valor personal?

¿En qué momento disfrutaríamos un determinado éxito, si tan pronto como lo hemos conseguido nos imponemos conseguir el siguiente?

Bibliografía

1. Ambrosini A. et al (2011): "El Typus melancholicus de Tellenbach en la actualidad: una revisión sobre la personalidad premórbida vulnerable a la melancolía" *Actas Esp Psiquiatr* 2011;39(5):302-11
 2. Croquevielle, M. (2009): "Análisis existencial: Sus bases epistemológicas y filosóficas": *Castalia*, 15, 23 - 34
 3. Dörr, O.(1995): "Psiquiatría Antropológica: contribuciones a una psiquiatría de orientación fenomenológica - antropológica", Santiago de Chile: Editorial Universitaria
 4. Frankl V. (1979): "El hombre en busca de sentido"1, duodécima edición. 1979 Editorial Herder S.A., Provenza 388, Barcelona
 5. Furnica C. (2003): "The 'Para-Existential' Personality Disorder". In: *European Psychotherapy* 4, 1, 119-128
 6. Gengler J. (2009): "Análisis Existencial y Logoterapia: Bases Teóricas para la Práctica Clínica", *PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL* 2009, XXVI, No 3 - 4 , 200 - 209
 7. Gengler J. (2013): "Recuerdo y olvido en el trastorno de estrés post-traumático", *Rev GPU* 2013; 9; 3: 280-282
 8. Längle, A. (2000): "Victor Frankl. Una Biografía", Empresa Editorial Herder, S. A., Barcelona
 9. Längle, A. (2004): "Psicoterapia analítico-existencial de los trastornos depresivos" en *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 2004; 42(3): 195 - 206
 10. Längle, A. (Formación GLE: Libro 1): "Análisis Existencial (Logoterapia): Fundamentos"
 11. Längle, A. (Formación GLE: Libro 2): "Análisis Existencial (Logoterapia): La 1ª Motivación Fundamental de la existencia: El requisito fundamental de la existencia: El poder-ser en el mundo"
 12. Längle, A. (Formación GLE: Libro 3): "Análisis Existencial (Logoterapia): La 2ª Motivación Fundamental de la existencia: La Condición Fundamental de la Vida y la Relación al Valor de la Vida"
 13. Längle, A. (Formación GLE: Libro 4): "Tercera Motivación Fundamental: Permitirse Ser"
 14. Längle, A. (Formación GLE: Libro 5): "Cuarta Motivación Fundamental: El Sentido"
 15. Längle, A. (2008): "Vivir con sentido: aplicación práctica de la Logoterapia." Buenos Aires: Editorial y Distribuidora Lumen.
 16. Laengle, A. (2011): "Trastornos de la personalidad y génesis de los traumas": 71 - 92. N°2, XXVIII, 2011 *PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL*
 17. Laengle, A. (2012): "La soledad grandiosa: El narcisismo como fenómeno antropológico - existencial": 5 - 22. N° 1, XXIX, 2012 *PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL*
 18. Traverso, G (2009): "Consideraciones existenciales sobre el Ciclo Gestalt de la experiencia: Ciclo Funcional vs. Ciclo Interpersonal": *CASTALIA* Año 11, No 16, 2009 Pág.: 27-37
1. Según conversación personal del autor de este artículo con Ps. Gabriel Traverso (ICAE, Chile), el significado literal del título en alemán es: "A pesar de todo digo sí a la Vida."
 2. GLE: *Psychotherapie Ausbildungen Logotherapie Existenzanalyse Weiterbildung Psychotherapie Österreich*: <http://www.existenzanalyse.at>

La Depresión desde una mirada Psicocorporal

Alex Martínez M.

Para comprender la mirada que tiene la psicoterapia de orientación Neo Reichiana respecto de la depresión se hace necesario conocer ciertos fundamentos de esta psicoterapia.

La depresión desde una mirada energética consiste en que, derivado de situaciones de pérdida o fracaso existencial, la energía se ha estancado y acumulado dejando de fluir libremente por el cuerpo, de tal manera que la descarga se vuelve un algo imposible. Esto se puede apreciar en el cuerpo, en las posturas, en los movimientos, en el respirar, en la opacidad de los ojos.

La psicoterapia de orientación reichiana es una línea de la psicoterapia corporal que surge en los años cuarenta del siglo pasado por Wilhelm Reich. Desarrollada posteriormente por Alexander Lowen y David Boadella posee una serie de fundamentos que serán mostrados a continuación.

Dada la diversidad de sus bases, el método Neo Reichiano puede ser concebido como una psicología perinatal, una psicoterapia somática y una psicología transpersonal. En este sentido, se puede comprender que lo que se propone es esencialmente un modelo de integración de diversas comprensiones del ser humano; y es por ello, que se lo denomina método neo Reichiano, pues junto con diferenciarlo de otros modelos como la bioenergética y la biodinámica, este término refleja lo esencial de su propuesta: una síntesis de las miradas que tratan sobre la vida.

La integración que se hace de los distintos modelos, se debe a que esta línea es enfática en comprender la unicidad de cada ser humano, considera que es esencial no imponer un tratamiento único, sino acomodarse a los requerimientos de cada paciente (Frankel, 2005) este método ofrece los principios para entender e integrar diversas dimensiones de la vida, por lo que sus bases tienen potencialidades de aplicación que van más allá de la clínica. (Correa & Frankel, 2005 a).

El modelo neo reichiano es un sistema abierto, por esto no es un esquema final o fijo de teorías o métodos, sino una red de evolución continua de conceptos y prácticas extraídas de muchas fuentes e integradas en un nivel de organización más elevada. Como un sistema ecológico, se enriquece en la diversidad; sin embargo es unificado por la coherencia y el interjuego cooperativo entre sus componentes, habilidades y principios. (Boadella, 1993b, Pág. 5.), Sin embargo es una mirada que tiene como centro de su operar la teoría psicodinámica, es decir que incorpora aspectos esenciales del psicoanálisis como son los conceptos de transferencia contratransferencia, resistencia

y defensas, yo, super yo y ello, los que siendo aspectos del inconsciente también están presentes en el cuerpo. Sin embargo, no se pretende el que una persona pueda ser reducida al terreno del cuerpo físico o las dinámicas del inconsciente y es en este sentido que se pueden incluir aspectos venidos incluso del modelo existencial. Recientes investigaciones han confirmado la antigua enseñanza de que tenemos un cuerpo energético que se extiende más allá del cuerpo físico y lo circunda. Este cuerpo energético es llamado "*bioplasma*" en la Unión Soviética, y "*perispirit*" en el trabajo del biofísico brasilero Hernani Andrade. En la tradición mística corresponde al "*aura*". (Boadella, 1993b, pag. 7). Sin embargo en la presente publicación lo denominaremos *cuerpo sutil* y que fue estudiado científicamente por el médico y fisiólogo danés Bob Moore. (1928-2008), quien en sus estudios logró determinar que en los cuadros o patologías psicológicas o psiquiátricas no sólo estaba interferido lo físico energético sino que también este cuerpo.

Dado que la dinámica del modelo corporal -y que en este caso incluye la dinámica existencial-, trabaja con la unidad del cuerpo, la mente y el espíritu (o esencia), es que ya no es posible ver la salud psicológica separada de la salud física y la espiritual. (Boadella, 1993b, Pág. 8.). Sobre este tema Boadella agrega:

"La salud se funda en una función rítmica como el oleaje del mar, una pulsación de actividad vital alegre y placentera. Esta pulsación es vista en el bioplasma: En una persona que está viva y fluyendo, los centros de energía están resplandecientes y pulsando, ellos emiten luz y son indispensables para el monto de energía que es metabolizado en el organismo. Esta es una configuración de energía pulsátil que tiene muchos colores y variaciones de matices y aparece como si estuviera brillando tenuemente y oscilando y pulsando con vida." (Boadella, 1993b, pag. 8.)

La expansión y contracción del campo energético corresponde a los procesos de expansión y contracción en los tejidos del cuerpo. Las pulsaciones del fluido cerebro-espinal (10-14 veces por minuto), los ritmos del cerebro, el latido del corazón, los procesos de la respiración semejantes al oleaje del mar y el estiramiento y la relajación de los músculos, expresan todas esta oscilación fundamental de un proceso vital sin disturbios (Boadella, 1993b, pag. 8).

Los siguientes aspectos sobre la salud son desarrollados a partir de un artículo de Ola Raknes (Boadella, 1993b), los que son de gran valor para los planteamientos de la Biosíntesis sobre este tema:

Aspectos somáticos de la salud:

- a. La respiración es regular y rítmica, con movimientos libres y suaves del pecho. El peristaltismo en el abdomen no es ni

espástico ni flácido, sino que funciona con un sentido de bienestar interno.

- b. El organismo está en un estado de buen tono (eutonía). Los músculos son capaces de moverse fácilmente entre estados de tensión y relajación sin estar crónicamente rígidos o colapsados. La presión de la sangre es normal y la circulación sanguínea en las piernas está funcionando bien.
- c. La piel es cálida, con un buen suministro sanguíneo. La cara es vivaz y móvil. La voz es expresiva y no mecánica. Los ojos son luminosos y llenos de posibilidades de contacto.
- d. El orgasmo es también una pulsación rítmica involuntaria, con gratificación y un sentimiento de amor hacia el compañero. Sentimientos sexuales y sentimientos del corazón pueden ser sentidos hacia la misma persona.

En el paciente depresivo los aspectos somáticos están interferidos y se aprecia que la tonicidad y la fuerza muscular están disminuidas, el color de la piel está opacado, la voz no posee fuerza y es quejumbrosa, la respiración es mínima, produciendo así una baja energía total del sistema biológico psicológico y espiritual.

Aspectos Psíquicos de la Salud:

- a. La habilidad de relacionar la expresión externa a la necesidad interna y ser capaz de funcionar desde necesidades vitales primarias y distinguirlas de adicciones secundarias.
- b. La habilidad de establecer contacto con otra persona sin idealización o proyección u otras defensas distorsionadoras. La habilidad de distinguir un contacto genuino de un contacto sustitutivo, y valorar y cultivar el primero de éstos.
- c. La habilidad de contener sentimientos y de expresarlos, así como de tomar decisiones de cuando es apropiado hacer cada una de estas alternativas.
- d. Libertad de la ansiedad cuando no hay peligro.
- e. El coraje de actuar en defensa de lo que uno cree que está bien, aun cuando haya peligro.

Aspectos Espirituales de la Salud:

- a. Contacto con profundas fuentes personales de valoración que comunican un sentido y una sensación de estar andando.
- b. La fuerza existencial para abordar crisis vitales sin quedar atrapado en la desesperación.
- c. El sentido de que la vida es un proceso de profundización eterna de respeto por el propio corazón de uno y por los corazones de los otros.

- d. D.- Libertad de la culpa neurótica, y buena voluntad para enfrentar la responsabilidad real.

Campos Motores:

Los *campos motóricos* se relacionan con la espontaneidad de la persona (Frankel, 2005b), pues están más allá del control voluntario y consciente. Por lo que trabajar con ellos es fundamental en el paciente en estado depresivo. Los campos motóricos de cada sujeto son los siguientes:

Flexión -Extensión
Tracción -Oposición
Rotación - Canalización
Activación -Absorción

Campos de pulsación:

Este último campo no tiene polaridad, pues es un campo permanente. El corazón del feto comienza a latir después de los veintidós días de la concepción, y lo hará hasta el momento de la muerte. Una vez que el feto nace comienza otra importante pulsación: la respiración.

Existe una estrecha relación entre pulsación, respiración y cada uno de los campos motores antes descritos, en especial con los cuatro primeros. Si los movimientos se dan en forma sincronizada con la respiración habrá un proceso de coordinación. El terapeuta buscará a partir de esta coordinación trabajar dos acciones, la contención y el alivio. La contención se da junto a la inspiración; trabajando con la inspiración es posible ayudar a construir límites y a contener carga (emociones por ejemplo). La exhalación en tanto, trae alivio a estados de tensión y ayuda a abrir espacios y expresar emociones.

En MNR (método neoreichiano) se busca seguir y promover los movimientos espontáneos del paciente, así como inducir y permitir que una parte del cuerpo siga cierta dirección según donde es invitado, evitando inducir movimientos, a diferencia de lo que se tiende a realizar en bioenergética, a través de los ejercicios.

Uno de los objetivos del trabajo con personas que presentan trastorno depresivo es reintroducirlos a la amplitud de sus campos motóricos, dado que el carácter y los estados anímicos como la depresión pueden ser vistos como una distorsión de los patrones de estos campos los cuales estarán asentados en la flexión y en la hipomovilidad.

Enraizamiento:

Un concepto central en MNR, que es necesario tener presente a la hora de efectuar un trabajo con la depresión, es el de enrai-

zamiento. Esto debido a que existe una directa relación entre la fuerza que tienen las piernas y la fuerza de la conciencia. Este trabajo permite regular la relación entre el sistema nervioso simpático y el parasimpático.

En el cuerpo fluyen tres fundamentales corrientes energéticas o corrientes de vida, asociadas con las capas embrionarias celulares (el ectodermo, el endodermo y el mesodermo) del óvulo fertilizado, a partir de las cuales se forman los sistemas orgánicos distintivos. Estas corrientes se expresan como un flujo de movimiento a través de las vías musculares; como un flujo de percepciones, pensamientos e imágenes a través del sistema neurosensorial, y como un flujo de vida emocional en el núcleo del cuerpo a través de los órganos profundos del tronco. El estrés antes del nacimiento o durante la infancia y en la vida adulta quiebra la integración de esas tres corrientes. (Boadella, 1993a, pag. 20).

En MNR la reintegración terapéutica que busca ayudar al paciente depresivo se logra por medio de la liberación de la respiración y el centramiento (centring) emocional; con la retonificación de los músculos y el enraizamiento (grounding) de la postura, y con el contacto cara a cara (facing) dándole forma a la experiencia a través del contacto visual y la comunicación oral. (Boadella, 1993a, Pag. 20.). La estimulación de la respiración, entendiéndose por esto al volver a un patrón en el que la persona lleve más aire a su cuerpo, es fundamental, ya que el oxígeno es la energía que falta en el depresivo. Esta carencia se denota en que el rostro se presenta como un globo desinflado y en la minimizada cantidad de inhalaciones presentes. Esta forma respiratoria inhibida puede ser entendida como un no querer vivir o un querer alejarse de la vida, también puede ser interpretada como una manera de evitar el tomar contacto con emociones reprimidas, pena y rabia, las que deben ser trabajadas una vez que se ha restablecido el enraizamiento y la respiración que son los objetivos básicos iniciales.

El trabajo terapéutico de enraizamiento tiene que ver con el establecimiento de una buena relación entre el movimiento voluntario, el semivoluntario y el involuntario, y con la recreación de un tono muscular más apropiado. El tono muscular puede estar desequilibrado en dos direcciones. El hipertono es un exceso de tensión, más que la requerida por una acción particular; los músculos se sienten tensos, anudados y rígidos. El hipotono es una deficiencia de tono, menos tono que el necesario para una acción particular; los músculos se sienten flojos, fofos y demasiado sueltos. (Boadella, 1993a, pag. 39.) cabe señalar que el trabajo con el enraizamiento y la recuperación de la fuerza corporal son aspectos fundamentales del trabajo con el paciente depresivo, ya que esta realidad anímica afecta la energía que fluye hacia las piernas y al cuerpo en general, el que se mues-

tra como débil, desinflado y flectado. Estar bien enraizado es encontrarse en un estado tónico apropiado para un conjunto particular de condiciones... Estar enraizado en la tierra es tener un buen tono muscular en las piernas, sin tendencia al endurecimiento ni al colapso (Boadella, 1993a, Pag. 39).

El modo en que nos mantenemos de pie revela algo de la manera en que estamos en el mundo y sentimos, y de quiénes somos. (Boadella, 1993a, pag. 40.) En MNR se concibe al ser humano no solo como producto de sus condicionamientos de vida. Se comprende que cada persona viene al mundo con cualidades que esperan ser actualizadas. Estas cualidades, serían el potencial evolutivo que traen los seres humanos (Boadella, 2005; Frankel, 2005 a) que podrían ser comprendidas bajo la término de *"esencia"*.

La esencia es, así, el núcleo que subyace a los diversos procesos defensivos, se asocia a la conexión con el centro del corazón, que ha sido descrito y anhelado por diversos caminos y tradiciones espirituales, por representar un núcleo de sentir que trascendería la neurosis (Boadella, 2005).

Boadella (1993 a) da cuenta de cómo diversos autores en la línea de la psicoterapia corporal han llegado, a partir de su trabajo psicoterapéutico, a la creencia en la existencia de un núcleo primario de la existencia, libre de acorazamientos. Reich lo hizo al describir la existencia de una capa primaria que subyacía a los impulsos destructivos y a la máscara de contactos sustitutivos –o máscara social-. John Pierrakos, coautor de la bioenergética, también llega a un punto en que la manifestación de algo esencial se hacía ineludible, por lo que afirmó: *"el excluir la espiritualidad de la terapia me llegó a parecer como truncar una pirámide"* (Pierrakos, 1976). Incluso, el mismo Lowen con su énfasis en la experiencia del cuerpo, se refirió en sus últimas publicaciones (1993, 1995) a lo que él llama la espiritualidad del cuerpo, una experiencia de profunda conexión con lo vivo. En la experiencia del trabajo psicocorporal espiritual del modelo desarrollado por el MNR plantea que:

"Así como la mente es el exterior del cuerpo, y el cuerpo el interior de la mente, también el cuerpo es el exterior del alma y el alma interior del cuerpo, (1993 a, p.210).

Boadella señala que la integración es una experiencia que se teme, pues implica la posibilidad de sentir plenamente. La integración apunta a lo que Reich llamó potencia orgástica: entregarse al sentir. Explica que si las personas estuvieran libres de bloqueos sentirían profundamente, pero en una sociedad como en la que se vive esta posibilidad se torna demasiado amenazante; es así como la gran mayoría de las personas tiene bloqueado el enraizamiento en la propia profundidad. Este blo-

queo, o escisión, se produce según Boadella por la falta de contacto entre las áreas o sistemas clave de funcionamiento, que se bloquean principalmente en dos puntos: cuello y diafragma. Lo que hace que la persona mantenga su energía almacenada en exceso en algunas partes, e insuficientemente en otras. En el caso de la depresión se da un proceso en el cual la respiración se presenta como sumamente inhibida y en el que las piernas no tienen fuerza. Estos aspectos, la debilidad o inhibición respiratoria son aspectos esenciales de restablecer en los inicios de la psicoterapia con el paciente depresivo.

El MNR mantiene y redefine el concepto de enraizamiento incorporado por Lowen desde la bioenergética en el sentido de conexión con la vida y el cuerpo, agregándole la noción de enraizamiento interno, esto es, el contacto con lo esencial que habita en cada persona. El enraizamiento interno se asocia más al ser y la presencia que con la actividad y el hacer, más propio del enraizamiento externo.

De esta manera, el MNR busca conectar enraizamiento interno y externo para ayudar al paciente depresivo a estar consciente entre los puentes entre su vida interna y realidad externa. Como dice Boadella (1993 a): "Tenemos que profundizar y enriquecer este proceso prestando atención al modo en que el sujeto construye su espacio vital u organiza su tiempo vital; al sentido que tiene de su aptitud para formarse participando más plenamente en su propio proceso. Tenemos que ayudarlo a encontrar su enraizamiento interno, su esencia, la fuente de la cual surge su propia energía curativa que lo ayudara a salir de la depresión con el poder para integrarlo de nuevo, a pesar de lo que haya aprendido sobre cómo no sentirse vivo, que es una de las características del estado depresivo" (p.220-221).

Recursos de Vida:

Son los recursos que tenemos o que vamos a llegar a tener a lo largo de nuestras vidas. Son, desde esta perspectiva, nuestro potencial evolutivo que nos permite curar de alguna enfermedad, en este caso la depresión, o situaciones traumáticas o momentos de dificultad. (Correa & Frankel, 2006)

Los recursos son nuestra capacidad de regenerarnos física y mentalmente. Esta capacidad de regeneración que poseemos es parte de nuestra esencia. Estos recursos no son solo nuestro estado de salud física, sino que también implican los recuerdos de nuestras experiencias, imágenes, creencias, valores, expectativas, esperanzas, relaciones, amigos, familiares, medio ambiente, trabajo, profesión, finanzas, etc.

Los recuerdos de un vínculo cariñoso y protector, un lugar recordado de nuestra infancia, como un río, un árbol o simplemente la imagen de una flor, o de nuestro hogar, son ejemplos

de las importantes fuentes regenerativas para la curación y la salud. En MNR se considera que las personas tenemos la posibilidad de acceder a muchos recursos potenciales, solo hace falta que nos enfoquemos sobre ellos para desarrollarlos e incorporarlos. (Correa & Frankel, 2006)

Se plantean cuatro tipos de recursos que son los que ayudarán al paciente depresivo y que deben ser rescatados o desarrollados:

- a. Recursos psicológicos o afectivos
 - b. Recursos materiales.
 - c. Recursos sociales.
 - d. Recursos espirituales.
- a. Los recursos afectivos o psicológicos pueden ser emocionales o simbólicos. Para el caso de los recursos afectivos, la solución de un problema puede encontrarse a partir de emociones determinadas. Por ejemplo, una emoción como la rabia puede transformarse en una agresividad útil. A su vez, un recurso simbólico puede ser por ejemplo una imagen o el símbolo en un sueño determinado, desde el cual podemos obtener un mensaje hacia donde podemos ir.
 - b. Los recursos materiales no solo se vinculan con el dinero. También se relacionan con lugares o espacios determinados que facilitan la resolución de las dificultades que se nos presentan. Por ejemplo, un lugar puntual en mi casa, en la naturaleza, en la playa o una música determinada, pueden operar como recursos en determinadas personas, facilitando el encuentro de un lugar personal que nos permita recargarnos y vislumbrar la salida a nuestros problemas.
 - c. Los recursos sociales están asociados con nuestras redes de apoyo, esto es, relaciones puntuales con amigos/as, pareja, hijo, sobrino, etc., que favorezcan el encuentro de soluciones a mis problemáticas. También pueden hacer referencia a redes de apoyo institucionales.
 - d. Los recursos espirituales se vinculan con las creencias que ciertas personas tienen respecto a la trascendencia. Esto puede traducirse en rezos, meditación, etc., para el encuentro de soluciones ante dificultades.
- Por último cabe señalar que los recursos pueden ser de distinto origen: sociales o personales. Los recursos sociales son aquellos aprehendidos en contextos o experiencias puntuales de nuestras vidas; y los recursos personales son los que hemos adquirido en el desarrollo histórico de nuestras vidas.

Una psicoterapia con el paciente deprimido no puede olvidar el trabajo con los recursos, ya que son estos, en sus distintas dimensiones, los que permiten a la persona la conexión con

aquello que es esencialmente propio y que en distintos momentos de la vida le ha ayudado a salir adelante frente a distintas dificultades en la vida.

Desde lo cognitivo se plantea lo necesario que es el trabajar con el paciente de tal manera que aprenda a evaluar las situaciones relevantes de manera realista; aprenda a formular explicaciones que se opongan a las de orden irracional, como una manera alternativa de enfrentar la realidad y las interac-

ciones que ellas conllevan; fortalezca la identificación con la expresión de la rabia.

En lo psicosocial se hace necesario el fortalecer o enseñar estrategias de autocuidado y formas de lograr consuelo; fortalecer los comportamientos agresivos asertivos. Fortalecer la constancia del compromiso hacia el trabajo y las relaciones sociales, los proyectos individuales; desalentar el trabajo excesivo, el abuso de drogas y las conductas autodestructivas.

Bibliografía

1. Boadella, D (1993a) Corrientes de vida, Buenos aires: Paidós.
2. Boadella, D (1993b) Qué es Biosíntesis. Buenos aires: Publicaciones centro de Biosíntesis.
3. Boadella, D. (1997) Flujo da forma e posturas da alma [en línea] <http://www.orgonizando.psc.br/artigos/9campos/9campos.htm>
4. Boadella, D. (2005) Dez aspectos da Bo-espíritualidade.
5. [en línea] <http://www.biosintese.psc.br/biospiritualidade.html>.
6. Córdoba A. (2004) Terapia y Psicoterapia corporal (aproximaciones y diferencias) [en línea] <http://www.espaciointegracion.cl/?p=836>
7. Correa, M. y Frankel, E. (2005) Biosynthesis Sculpture Dimensions of Biosynthesis [en línea] http://www.biosintese.psc.br/textos_artigos/biosynthesis_sculpture_milton_esther.pdf
8. Davis, K. & Newstrom, J. (2003) Comportamiento humano en el trabajo. Editorial McGraw-Hill.
9. Frankel, E. (2005a) entrevista congreso mundial de psicoterapia.
10. Frankel, E. (2005b), Intencionalidade e campos motores [en línea] <http://www.biosintese.psc.br/CamposMotores.htm>.
11. Liss, J. (2004) La escucha profunda. Editorial Meridiana.
12. Moore, Bob (2015) Conversations with Bob Moore. Moore Healing Association.
13. Pierrakos, J. (1976) Human energy systems theory: history and new growth perspectives. Editado por: Institute for the New Age of Man.
14. Pierrakos, John.(1984). "The Core of Man", INAM. A Division of the Center for the Living Force.
15. Ramírez, A. (2005) Psicoterapia Corporal: Revisión de los aportes teóricos y clínicos de Wilhelm Reich, el análisis bioenergético de Alexander Lowen y la Biosíntesis de David Boadella, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
16. Redon, M. (2004) La Vegetoterapia Caracteroanalítica, un modelo de terapia psicocorporal, comunicación al x congreso mundial de psiquiatría. [en línea]
17. Stauton, T. (2002) Body Psychotherapy. New York: Brunner Rotledge.
18. Totton, N. (2003) Body Psychotherapy: an introduction. Philadelphia: Open University.