



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

Facultad de Humanidades
Carrera Licenciatura en Psicología

Un estudio acerca de los efectos de la práctica
de ejercicio físico en el trastorno depresivo

N° 911

Daniela Lievendag

Tutora: Silvia Occhipinti

Departamento de Investigaciones
Fecha defensa de tesina: 18 de febrero de 2016

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora de tesis, Lic. Silvia Occhipinti, por haberme acompañado en la construcción de este trabajo con inteligencia y alegría. A los profesores de la carrera que durante estos cuatro años me permitieron nutrirme de sus conocimientos. A la Licenciada Marta Mosner, que con generosidad compartió conmigo su sabiduría teórica y clínica. Y muy especialmente a mi hermosa familia; a mis hijas Johanna y Camila, que me alentaron durante mis estudios y a Javier, mi esposo, que me acompañó durante esta formación y estimula el desarrollo del nuevo camino profesional.

ÍNDICE

ÍNDICE	2
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	4
PRESENTACIÓN DEL TEMA.....	4
RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS.....	8
ESTADO DEL ARTE.....	9
CAPITULO 1: DEPRESIÓN Y EJERCICIO FÍSICO: SU CONCEPTUALIZACIÓN A LO LARGO DE LA HISTORIA	12
1.1 - LA DEPRESIÓN EN LA HISTORIA.....	12
1.2 - EL EJERCICIO FÍSICO EN LA HISTORIA	16
CAPITULO 2: DEPRESIÓN, PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA.....	25
2.1 - DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN	25
2.2- PREVALENCIA	25
2.3- SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA	26
2.4- CLASIFICACIÓN PSIQUIÁTRICA.....	27
2.5 - SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN	31
2.6 - MODELOS ETIOPATOGÉNICOS DE LA DEPRESIÓN	38
2.7 - CRÍTICA A LA PSIQUIATRÍA ORGANICISTA. LA APREHENSIÓN DE LA DEPRESIÓN DESDE EL SUFRIMIENTO SINGULAR, SUBJETIVO, DE PROFUNDAS RAÍCES INCONSCIENTES.	41
CAPÍTULO 3: DEPRESIÓN, PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA.....	43
3.1- KARL ABRAHAM.....	43
3.2- SIGMUND FREUD.....	45
3.3 - DONALD WINNICOTT	49
3.4 - JORGE GARCÍA BADARACCO.....	50
3.5- HUGO BLEICHMAR.....	52
3.6 - SÍNTOMAS DEPRESIVOS	56

CAPÍTULO 4: EJERCICIO FÍSICO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD ORGÁNICA. 61

4.1- EJERCICIO FÍSICO: DEFINICIÓN. DIFERENCIAS CON LOS CONCEPTOS DE "ACTIVIDAD FÍSICA" Y "CONDICIÓN FÍSICA". 61

4.2 - EJERCICIO FÍSICO Y CULTURA DE LO CORPORAL 63

4.3 - FALTA DE EJERCICIO FÍSICO, CONSECUENCIAS EN LA 63

CONDICIÓN FÍSICA 63

4.4 - CRITERIOS METODOLÓGICOS PARA LA PLANIFICACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO PARA EL ACONDICIONAMIENTO FÍSICO Y LA SALUD 65

4.5 - CLASIFICACIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO 68

4.6 - EFECTOS POSITIVOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL CUERPO 73

CAPÍTULO 5: EFECTOS PSICOSOCIALES Y EMOCIONALES DEL EJERCICIO FÍSICO, ¿QUÉ REVELAN LAS INVESTIGACIONES? 77

5.1 - BENEFICIOS PSICOSOCIALES 77

5.2- BENEFICIOS EMOCIONALES..... 81

5.3- INVESTIGACIONES ACERCA DE LA RELACIÓN ENTRE EJERCICIO FÍSICO Y LA DEPRESIÓN 88

CAPITULO 6: HIPÓTESIS ELABORADAS DESDE DIFERENTES MARCOS TEÓRICOS QUE BUSCAN EXPLICAR EL "¿POR QUÉ?" DEL EFECTO POSITIVO DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL TRATAMIENTO Y EN LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS..... 92

6.1- HIPÓTESIS FISIOLÓGICAS: TERMOGÉNICA, LAS ENDORFINAS Y LAS MONOAMINAS. 92

6.2- HIPÓTESIS PSICOLÓGICAS ELABORADAS POR LA PSICOLOGÍA APLICADA AL DEPORTE Y AL EJERCICIO FÍSICO 97

6.3 - UN PUNTO DE PARTIDA DIFERENTE. EL EJERCICIO FÍSICO IMPLICA AL CUERPO, UN CUERPO QUE, DESDE LA PERSPECTIVA DEL PSICOANÁLISIS, SE CONSTRUYE..... 99

6.4 - EL EJERCICIO FÍSICO SE ASOCIA A EFECTOS POSITIVOS SOBRE EL ESTADO DE ÁNIMO, LAS INHIBICIONES YOICAS Y LA SINTOMATOLOGÍA DE LAS PERSONAS DEPRIMIDAS. ¿QUÉ PODRÍA APORTAR EL PSICOANÁLISIS? 101

CONCLUSIONES..... 111

REFERENCIAS..... 117

ABSTRACT

Los trastornos depresivos representan, después de las enfermedades cardíacas, el mayor problema sanitario si se considera la mortalidad prematura y los años de vida útil que se pierden por incapacidad, afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2010.

El presente trabajo se propone explorar, por medio de una revisión bibliográfica sobre el tema, si la práctica de ejercicio físico podría ser útil como forma de prevención y/o como un recurso terapéutico eficaz para mejorar las condiciones de las personas que sufren trastornos depresivos.

Del relevamiento de la literatura científica que se enfoca en el tema, una destacada cantidad de estudios concluyen que existe una correlación positiva entre la práctica habitual de ejercicio físico y la mejora en dichas condiciones patógenas en población clínica y no clínica.

Sin embargo, estas evidencias empíricas no tienen, aún, una explicación teórica científica que las justifiquen. Los mecanismos subyacentes a estos efectos antidepresivos del ejercicio físico permanecen hasta hoy en debate.

Más trabajo de investigación será requerido para determinar dichos mecanismos y probablemente sea una combinación de factores biológicos, psicológicos, emocionales y sociales los que determinen o medien en la relación entre el ejercicio y la depresión y que no exista una explicación simple y unívoca.

INTRODUCCIÓN

Presentación del tema

Los trastornos depresivos representan, después de las enfermedades cardíacas, el mayor problema sanitario si se considera la mortalidad prematura y los años de vida útil que se pierden por incapacidad, afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2010.

Se trata, además, del motivo de consulta más frecuente tanto a los psiquiatras como a los psicólogos, concuerdan Rojtenberg, S. (2006) y Mazzulla, M. y Gómez, B. (2011).

La gran prevalencia de estos trastornos, y la perspectiva de que ésta siga creciendo en los próximos años, pone de manifiesto la importancia de explorar y optimizar la prevención y mejorar el abordaje terapéutico de las mencionadas condiciones patógenas.

El presente trabajo se propone explorar, por medio de una revisión bibliográfica sobre el tema, si la práctica de ejercicio físico podría ser útil como forma de prevención y/o como un recurso terapéutico eficaz para mejorar las condiciones de las personas que sufren trastornos

depresivos.

Para lograr este objetivo es necesario, como primer paso, comprender el fenómeno de las depresiones. Para ello en esta tesina se incluyen los desarrollos científicos elaborados dentro de los marcos teóricos tanto de la psiquiatría, encargada del cuerpo biológico y de los universales de la enfermedad, como del psicoanálisis, que entiende el cuerpo subjetivo y lo singular del enfermo.

Subyace a esta postura personal la convicción de que en las condiciones de producción de la subjetividad se ponen en juego la biología, la historia, la sociología, en tanto el sujeto con su componente genético sólo es pensable atravesado e inmerso en lo histórico social, entramando prácticas y discursos, prohibiciones y deseos.

La elección de volcar desarrollos de ambos campos del conocimiento se sustenta en posiciones adoptadas y fundamentadas de algunos psicoanalistas y psiquiatras, que refieren en sus desarrollos teóricos la necesidad de superar los reduccionismos atendiendo a la complejidad de los trastornos depresivos que exige no aplicar un prisma psicologista o biologicista omniexplicativo.

El psiquiatra psicoanalista García Badaracco (2000), un destacado representante de esta perspectiva, expresa la necesidad de las perspectivas orgánicas y psicosociales para comprender la patología mental, sosteniendo que si bien es de gran importancia no renunciar a los beneficios que provee el conocimiento de la faceta orgánica y bioquímica de los problemas humanos, se debe comprender que los mismos tienen una etiología mucho más compleja.

Hugo Bleichmar (2003) adhiere a esta misma postura afirmando que, para poder abarcar el fenómeno de la depresión, es necesario incursionar en el campo de lo orgánico y lo psicológico. Propone, con esta mirada, no sólo una comprensión más acabada del tema, sino también, que la ciencia rompa con el parroquialismo que hace creer que la limitada área de trabajo en la que el profesional se desenvuelve es la única verdadera y que las otras navegan en el error o en la oscuridad.

También dan sustento a esta decisión conceptos expresados por filósofos de las ciencias, que reflexionan acerca de la construcción del conocimiento y la superación de los vicios y limitaciones que han impuesto el reduccionismo epistemológico. En este sentido, se exponen las palabras de Martínez Miguélez, M:

Nuestro aparato conceptual clásico –que creemos riguroso, por su objetividad, determinismo, lógica formal y verificación– resulta corto, insuficiente e inadecuado para simbolizar o modelar realidades que se nos han ido imponiendo, ya sea en el mundo subatómico de la

física, como en el de las ciencias de la vida y en las ciencias sociales

(Martínez Miguelez, M., 2002, p.1)

Sin perseguir en absoluto la integración de estos saberes, los primeros dos capítulos de este trabajo están dedicados a los conocimientos desde ambos marcos teóricos.

En el apartado acerca de los saberes psiquiátricos se expone la semiología psiquiátrica, que provee a este campo de conocimiento la actual unificación que persigue, perdida en el siglo XIX a partir del crecimiento de sus conocimientos que resquebrajan el objeto de estudio único, la alienación mental. Se incluyen, también, hipótesis acerca de la etiología de estos estados y los resultados del relevamiento de los estudios psiquiátricos sobre los síntomas depresivos.

Dentro de la perspectiva psicoanalítica se refieren diversos aportes sobre el tema que han contribuido de manera significativa a comprender los trastornos depresivos de modo de aprehender este síndrome desde una mirada psicoanalítica amplia.

Se destacan en esta revisión bibliográfica los desarrollos teóricos más relevantes sobre el tema del psicoanálisis clásico, que tienen en Sigmund Freud y Karl Abraham a sus representantes más destacados. Ambos psicoanalistas realizan elaboraciones novedosas, relevantes e iniciáticas en la comprensión de la melancolía.

Se incluyen, también, los aportes de Donald Winnicott a la temática depresiva. Este psicoanalista es el que por primera vez enfatiza el rol que desempeña el ambiente humano que rodea al sujeto en el desarrollo de estas patologías.

De las perspectivas más actuales, se seleccionan los desarrollos teóricos de dos psicoanalistas contemporáneos que proponen miradas novedosas en la comprensión de las depresiones. Jorge García Badaracco, que entiende estas patologías desde una perspectiva interrelacional y desde su concepto de "interdependencia patógena", que se sustenta en la intersubjetividad. Y Hugo Bleichmar, un psicoanalista con vastos y profundos escritos sobre el tema.

Se expone en el capítulo 4 de esta investigación teórica conceptos relevantes acerca del ejercicio físico, la segunda variable que se aborda.

Para la definición y comprensión del ejercicio físico se vuelcan diferentes conceptualizaciones realizadas desde dos distintas corrientes de pensamiento en las que subyacen determinaciones ontológicas que las caracterizan y las distinguen a una de otra. Ambas perspectivas son resultados de los modos históricos de considerar la actividad física.

Se exponen los discursos concebidos dentro de la escuela tecnicista-motricista, desarrollada por Pierre Parlebas, que se construye dentro de la tradición pedagógica de las Ciencias del Deporte y el Ejercicio Físico. Se expresan, también, los saberes y definiciones de la tradición biomédica de este campo de conocimiento, desarrollados dentro del proyecto de la

educación física-deportiva, cuyo referente fundamental es la fisiología del ejercicio.

Se elige la primera perspectiva debido a que se trata de "...una corriente de psicologización del ejercicio físico deportivo." (Rodríguez López, J., 1985, p.229). Esta escuela entiende la ejercitación física como una conducta motriz desarrollada en un contexto socio-histórico determinado.

La segunda dirección es la que en este siglo tiene mayor poder debido a la ideología cientificista que caracteriza esta época postmoderna. Lo que significa que la ciencia moderna es el determinante fundamental del orden simbólico de la sociedad en la que vivimos y, por lo tanto, de las representaciones sociales respecto al ejercicio físico. Esta perspectiva que adopta el cuerpo orgánico, sustancia extensa, como propio, entiende el ejercicio físico como el medio para mejorar la condición física, comprendida ésta como un estado de salud que permite desarrollar y mantener las capacidades físicas para estar activo y tener así una buena calidad de vida.

En el mismo apartado se profundiza sobre los efectos del ejercicio físico en la salud orgánica de sus practicantes.

En el capítulo 5 se profundiza sobre los efectos psicosociales y emocionales del ejercicio físico en los practicantes. Este relevamiento conduce al encuentro con una cantidad destacada de estudios que concluyen en que existe una correlación positiva entre la práctica habitual de ejercicio físico y la mejora en los trastornos depresivos.

Dado que la mayoría de las investigaciones reunidas sobre el tema de este trabajo se realizan dentro del marco teórico de la Psicología aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico, que tiene como principales referentes la fisiología del ejercicio, la psicología conductual- cognitiva y la psiquiatría, las hipótesis que produce para explicar los mecanismos que subyacen a los efectos antidepresivos del ejercicio físico utilizan los saberes desarrollados por estos campos del conocimiento.

En el cierre de esta tesina se expondrán los aportes que la mirada psicoanalítica podría agregar para pensar hipótesis novedosas que expliquen los efectos positivos de la práctica de ejercicio físico en el cambio y mejoría de los estados de ánimo depresivos, comprobados empíricamente. Estas hipótesis son propuestas teóricas que implican un sujeto diferente, el sujeto del inconsciente. Desde esta perspectiva la correlación positiva entre las variables estudiadas en esta investigación bibliográfica permiten entender el tema desde la subjetividad, de profundas raíces inconscientes, con su contenido de fantasías, prejuicios, ansiedades y su envoltura narcisista.

Relevancia y Justificación

La elección de este tema se debe a la elevada prevalencia del síndrome depresivo

dentro de los trastornos mentales, a su incidencia en el deterioro de la calidad de vida. Que la depresión sea uno de los motivos de consulta más frecuentes en la clínica de la salud mental obliga a ampliar nuestros conocimientos acerca de abordajes novedosos que puedan enriquecer la práctica.

El ejercicio físico pone a las personas en acción, las conecta con placeres de la infancia relacionados con las sensaciones de logro en el aprendizaje del dominio del cuerpo, pone la propiocepción en el centro de los sentidos y puede ser un agente de socialización.

Me resulta un desafío recavar lo que se conoce sobre el tema y reorganizarlo de modo de comprender en qué medida la articulación de las variables ejercicio físico y trastorno depresivo puede constituirse en el punto de partida de construcción de programas de intervención. A partir de esta revisión bibliográfica se podrán aportar fundamentos que permitan pensar la posibilidad de que el ejercicio físico pueda provocar cambios en el estado de ánimo y el comportamiento de las personas con trastornos depresivos neutralizando así los reforzadores conductuales, como el aislamiento, la inmovilidad, el encierro, y los reforzadores cognitivos como el bajo autoconcepto, la visión negativa de si mismo y del mundo, la rumiación, que funcionan como agentes de mantenimiento del trastorno.

El ejercicio físico produce, también, un mejoramiento de la salud ósea, del funcionamiento musculoesquelético y de los sistemas cardiovasculares, respiratorios y digestivos, previene el síndrome metabólico y otras enfermedades crónicas.

De modo que acercar conocimientos que posibiliten pensar al ejercicio físico como programa de intervención que provoca beneficios en la sintomatología depresiva y , al mismo tiempo, en la salud física, podría significar contar con una intervención más eficiente.

Objetivos

A- Objetivo General

Averiguar críticamente los aportes científicos que articulan la práctica de ejercicio físico y el trastorno depresivo desde la psicología del deporte, la psiquiatría y el psicoanálisis.

B- Objetivos Específicos

1. Identificar los aportes del ejercicio físico en la mejoría de la sintomatología depresiva.
2. Recuperar las justificaciones elaboradas dentro de los marcos teóricos de la psicología del Deporte y el Ejercicio físico y de la psiquiatría que determinan la influencia del ejercicio físico en la mejora de los síntomas depresivos.

3. Reconocer los aportes que hace el Psicoanálisis a la comprensión de los efectos del ejercicio físico sobre los trastornos depresivos.

Estado del Arte

En esta presentación se expone un recorrido de las investigaciones relevadas en relación a la incidencia del ejercicio físico en la sintomatología depresiva comenzando por comprender los inicios del interés en este tema en el campo de la psicología. En la gran variedad de estudios recogidos se destaca la preeminencia de las investigaciones en mujeres, por ser el sexo más vulnerable a presentar este trastorno emocional. Cabe destacar que los meta-análisis en relación a la articulación de estas dos variables coinciden en señalar objeciones acerca de la cualidad de la evidencia y sugieren algunas líneas de investigación que permitan establecer evidencia a favor de programas de ejercicio físico más específicos y la fundamentación de su eficiencia con mayor rigor científico. A pesar de esta búsqueda la Organización Mundial de la Salud (2010) realiza recomendaciones en términos de criterios que debe cumplir el ejercicio físico para prevenir la depresión. Siguiendo este planteo se incluyen otros aportes que añaden especificaciones en este mismo sentido.

Con motivo de que la depresión se ha convertido en una preocupación primordial para los clínicos, debido a que la Organización Mundial de la Salud la ubica en cuarto lugar entre las enfermedades, las investigaciones para tratar este trastorno se vienen intensificando en las últimas décadas (Mazzulla y Gómez, 2011). En coincidencia, Lawlor y Hopker (2001) sostienen que el efecto del ejercicio físico en el trastorno depresivo es un tema de interés desde hace varios años.

Layman (1960 citado en Marquez 1995) escribió una de las primeras revisiones acerca de las contribuciones del ejercicio físico y el deporte en la salud mental y el ajuste social. Resaltó el papel preventivo del ejercicio en el deterioro de la salud mental y su contribución al desarrollo y mantenimiento de la salud física y de este modo enfatizaba el concepto de unión cuerpo-mente.

Desde entonces, diferentes estudios revelan que la práctica regular de ejercicio físico produce beneficios físicos y psicológicos en sus practicantes. Una investigación realizada por De la Cruz-Sánchez, Moreno-Contreras, Pino-Ortega, Martínez-Santos (2001) en España sostiene que la práctica de cualquier tipo actividad física en el tiempo libre puede ser efectiva para mejorar el estado de salud percibida y el de su salud mental de personas mayores de 16 años.

El Dr. Rojtenberg (2001) sostiene que la depresión se caracteriza por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y las manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras que deterioran la calidad

de vida y señala que es el motivo de consulta más habitual de los psiquiatras y psicólogos. Señalan Mazzulla y Gómez (2011) que este trastorno del estado del ánimo es un "modo de estar", en el que las manifestaciones de disminución significativa de la autoestima y la evaluación negativa de disponibilidad de recursos determinan una particular manera de estar situado en el contexto. En esta línea, Martinsen, Medhus y Sandvik (1985) enfatizan que la reducción en los puntajes de la depresión son significativamente mayores si los pacientes de ambos sexos hospitalizados con depresión realizan actividad física. Expresan que la incidencia del entusiasmo del profesor que dirige los entrenamientos es un factor que, seguramente, ha de influir, pero no puede ser medido. Estas conclusiones coinciden con las afirmaciones que realizan Gould y Weimberg acerca de que el ejercicio aeróbico disminuye la ansiedad y la depresión en tanto produce una modificación en el estado del ánimo. Los autores exponen resultados de investigaciones con corredores. Estos postulados concuerdan con los resultados relevados por Applegate, et.al (2002) que demostraban la disminución significativa de la sintomatología depresiva en las personas mayores de 60 años con diagnóstico de depresión severa o depresión leve al realizar ejercicio aeróbico durante 18 meses.

También Olmedilla-Zafra y Ortega-Toro (2009) han señalado la incidencia significativa del ejercicio físico en la depresión en mayores de 54 años, aunque en este estudio la muestra de población estaba conformada sólo por mujeres. Los investigadores determinaron que, si bien la práctica de actividad física beneficia el estado de ánimo, produciendo disminución de la ansiedad y de la depresión en las mujeres de entre 16 y 65 años, esta incidencia es más significativa a partir de los 54 años. Como esta última, muchas investigaciones que articulan el ejercicio físico y la depresión han tomado como población a mujeres que señala Vallejo Ruiloba (2010) son el grupo más vulnerable a desarrollar este trastorno. Otro estudio centrado en mujeres, en este caso españolas de entre los 60 y 79 años, (Ruiz Montero, Baena Extremera 2011) ha demostrado que el ejercicio aeróbico, realizado dos veces a la semana en sesiones de 50 minutos, contribuye a mejorar el bienestar psicológico, en relación a cuatro estados de ánimo, dos negativos (tensión y fatiga) y dos positivos (vigor y amistad). En este estudio, el estado de ánimo es evaluado mediante el test POMS.

Cheryl, Stevens, y Coast en 2001, realizaron una investigación enfocada en determinar la intensidad y la duración del ejercicio aeróbico requerido para disminuir los puntajes de la tensión, depresión, enojo, fatiga y confusión y aumentar el vigor. Y demostraron que 10 minutos de actividad aeróbica al 60% de VO₂ máx. en bicicleta ergonómica eran suficientes, no hallando diferencias al incrementar la duración del ejercicio.

Son, justamente, los criterios que siguen estos programas en relación a la duración del programa, tipo y características de la actividad física en ellos implementadas, frecuencia e intensidad del ejercicio variables en las que hay gran diversidad de propuestas en las investigaciones relevadas. La Organización Mundial de la Salud realiza una serie de

recomendaciones de duración e intensidad ajustadas a la edad de los practicantes. Propone que cien minutos por semana para mayores de 65 años y ciento cincuenta minutos de actividad física aeróbica moderada para adultos entre 35 y 65 años. Estos son requerimientos mínimos para mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y para reducir el riesgo de depresión. En esta línea, un programa de ejercicio físico que busque producir modificaciones fisiológicas y psicológicas beneficiosas debe contemplar que la intensidad de la ejecución del ejercicio debe ser algo mayor que la que le resultaría cómoda al ejecutante, pero mucho menor que el esfuerzo máximo, explica Van Arnersfoort (2002).

Sin embargo, algunos meta-análisis sobre los trabajos experimentales en los que se estudia la relación o el mecanismo del efecto beneficioso de la actividad física sobre los trastornos depresivos exhiben problemas metodológicos, señalan Lawlor y Hopker (2001). Los autores remarcan que, si bien el ejercicio puede ser efectivo para reducir los síntomas depresivos, sobre todo en el corto tiempo, tal como lo muestran 13 de los 14 estudios por ellos relevados, es preocupante la pobreza de la calidad de la evidencia, producto de seguimientos breves, falta de estudios doble ciego y el empleo de voluntarios no-clínicamente evaluados. Por su parte, Marquez (1995) subraya que en las investigaciones que articulan ejercicio físico y depresión varían los instrumentos utilizados para evaluar el estado del ánimo, aunque el Beck Depression Inventory [BDI] (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) y el POMS son los más utilizados. Destaca también que, si bien muchas investigaciones han puesto de manifiesto que el ejercicio físico produce un aumento de la autoconfianza y de la sensación de bienestar y una disminución de la sintomatología depresiva, la gran variedad de programas propuestos y la diversidad de la duración de los mismos hacen difícil establecer la relación dosis-respuesta en términos de qué tipo, cantidad, duración e intensidad de la actividad física es necesaria para lograr mejorías en este sentido. Por último concluye que los problemas expuestos impiden establecer de manera definitiva la incidencia positiva del ejercicio físico en la depresión.

CAPITULO 1: DEPRESIÓN Y EJERCICIO FÍSICO: SU CONCEPTUALIZACIÓN A LO LARGO DE LA HISTORIA

1.1 - La depresión en la historia

Etimológicamente depresión viene del latín *depressio* y significa hundimiento, el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia. La historia de las depresiones viene desde la prehistoria de la psiquiatría y sigue escribiéndose, señala el Dr. Marquez (2006).

La melancolía, que pasó con el tiempo y la influencia del paradigma biomédico a ser reemplazada por el término depresión, es una figura de la condición humana desde los albores de la cultura occidental. Este trastorno se encuentra presente en todas las culturas de la historia y la concepción que de la depresión cada una de ellas tiene, se ve reflejada en la literatura de esa época.

El presente texto es una breve recorrida que persigue recoger las observaciones, descripciones, criterios diagnósticos y terapéuticos que se intentaron para definir y tratar la melancolía desde los griegos hasta nuestros tiempos.

A - Edad Antigua

Hipócrates (aproximadamente en el año 400 a.C.) realiza la primera descripción clínica y acuña el término melancolía (*melanos*, negra; *cholís*, bilis) por considerar el exceso de la bilis negra en el cerebro como la etiología de la enfermedad.

Su relato mítico sobre Demócrito, ese filósofo "loco", que se reía todo el tiempo y diseccionaba animales para encontrar en ellos la causa de la melancolía en el mundo, junto a la descripción homérica de la tristeza de Belerofonte (héroe perseguido por el odio de los dioses, ya que había querido escalar el cielo) y la teorización aristotélica del "genio maligno" son las expresiones de este período más incandescente de una rebelión del pensamiento, apuntan Roudinesco, É. y Plon, M. (1997)

Areteo de Capadocia, en el siglo II de la era cristiana, expone Rojtenberg, S. (2006), escribe una de las mejores descripciones de la melancolía. Deshecha la etiología hipocrática y atribuye, en cambio, la etiología de la depresión a factores psicológicos, asociándola con la manía y valorizando la importancia de las relaciones interpersonales.

B - Edad Media

En la Edad Media, continúa Rojtenberg (2006), la etiología de la depresión es atribuida a la posesión demoníaca, el castigo divino, a la influencia de los astros, a los excesos de humores, entre otras explicaciones.

Una excepción es Paracelso (1493-1541), alquimista, astrólogo y médico suizo, quien afirma que las enfermedades mentales tienen origen natural y no son causadas por espíritus, especifica el autor.

C - Renacimiento y Edad Moderna

El concepto Renacentista de la melancolía, explican Domínguez Belloso, F; Manchón Asenjo, M. y Soto Loza, A. (2010) es más amplio y complejo que su precedente grecolatino, producto del declinar la teoría humoral y el auge de la fisiología y la psicología, a las que, en esta época, se considera inseparables.

Félix Platter (1536-1614), amplían los autores, valora el papel de la constitución melancólica e incluye la melancolía entre los cuatro grupos de su clasificación. Este médico suizo le dedica a la melancolía una pormenorizada descripción atribuyéndole un origen cerebral.

Domínguez Belloso, F. et. al. (2010) también destacan el aporte de Timothy Bright (1551- 1615) quien escribe, en 1586, el "Tratado de la melancolía", primera monografía sobre el tema.

Roudinesco, É. y Plon, M. (1997) explican que si bien el médico inglés Thomas Willis (1621-1675) es el primero que, en el siglo XVII, relaciona la manía y la melancolía para definir un ciclo maníaco-depresivo, es a Robert Burtton (1577-1640) a quien le corresponde el mérito de una nueva concepción de la melancolía. Aún conservando el antiguo vocabulario humoral, apuntan los autores, Burton asimila la melancolía a una desesperación del sujeto abandonado por Dios.

También Domínguez Belloso, F. et. al. (2010) reflexionan acerca del valor de los aportes de Burton. Este filósofo, sostienen, es la figura más importante del Renacimiento en relación con esta afección. En su libro "Anatomía de la depresión"(1621), Burton señala lo hereditario y lo temperamental en la etiología de la depresión y escribe acerca de que los melancólicos descienden de padres melancólicos, profundizan los autores.

Destacan, también, los desarrollos de Andrés Piquer (1711-1792), médico español, quien describe con precisión la enfermedad maníaco-depresiva del Rey Fernando VI en su monografía "Discurso sobre la enfermedad del Rey nuestro Señor Fernando VI".

D - Edad Contemporánea

Con la instalación del saber psiquiátrico en el siglo XIX, escriben Roudinesco, É. y Plon, M. (1997), la melancolía sufre diversas variaciones terminológicas destinadas en primer lugar a transformar esa extraña "felicidad de estar triste" en una verdadera enfermedad mental sin adornos literarios o filosóficos, y en segundo lugar a inscribirla en una nueva nosografía regida por la división entre psicosis y neurosis.

Llamada lipemanía por Jean-Étienne Esquirol (1772-1840) la melancolía toma después el nombre de locura circular en la pluma de Jean-Pierre Falret (1794-1870), amplían Roudinesco, É. y Plon, M. (1997).

En Alemania, puntualizan Domínguez Belloso, F. et. al. (2010), Wilhelm Griesinger (1817-1868), considerado el padre de la psiquiatría biológica, en su principal obra, "Patología y terapéutica de las enfermedades mentales" (1845), distingue varios subtipos de melancolía: la hipocondriaca, la melancolía propiamente dicha (cuyo centro era la pesadumbre o estado de ánimo opresivo), y la melancolía con estupor.

Los autores exponen que Emil Kraepelin(1856-1926), a finales de siglo XIX y principios del siglo XX, en la sexta edición de su "Tratado de Psiquiatría" (1899), incorpora la melancolía a la locura maníaco-depresiva, más tarde difundida como psicosis maníaco-depresiva. También diferencia la locura maníaco-depresiva de la demencia precoz sumándose al concepto de endogeneidad propuesto por Möebius en 1893, quien introduce en psiquiatría este criterio etiológico de clasificación, distinguiendo entre enfermedades exógenas y endógenas.

Hornstein, L. (2011) señala que Kraepelin, en el mismo sentido que Möebius, busca, a través de un método anatomoclínico, delimitar las fronteras de la enfermedad describiendo su curso episódico y caracterizando sus principales formas clínicas. El autor continua explicando que ese enfoque nosográfico, que está adquiriendo la psiquiatría en esa época, abre las puertas a que se acuñen nuevos términos con descripciones precisas para referirse al síndrome de la depresión.

Primero el término "distimia", que se debe al psiquiatra Hagop Akiskal, para referirse a una variedad crónica y leve de la melancolía y años después el de "ciclotimia" para designar un trastorno caracterizado por oscilaciones del estado de ánimo, expone Hornstein.

Rojtenberg, S. (2006) señala que Kraepelin es el responsable de la clasificación y descripción de las enfermedades mentales, base de la actual taxonomía psiquiátrica. El sistema nosográfico propuesto por Kraepelin integra, en forma organizada y sistemática, el caos reinante en la psiquiatría hasta entonces.

A partir de esta innovación las descripciones clínicas se fueron enriqueciendo y al mismo tiempo, se fueron diferenciando los distintos cuadros nosográficos entre sí, subraya el

autor.

Si bien los herederos de la nosografía alemana tendieron a diluir el término melancolía en el vocabulario técnico de la psiquiatría, los fenomenólogos conservaron el término, acercándolo, también, a la manía, advierten Roudinesco, É. y Plon, M. (1997).

Este es, sobre todo, el caso de Ludwig Binswanger, amplían los autores, quien define la melancolía como una alteración de la experiencia temporal y la manía como un debilitamiento de las relaciones intersubjetivas.

Poco interesado por la psiquiatrización del estado melancólico, Sigmund Freud (1856-1939) aleja la melancolía de la manía y revigoriza la antigua definición de la melancolía, no ya como enfermedad, sino como destino subjetivo. En 1917 publica "Duelo y melancolía", su escrito más relevante sobre el tema, proponiendo el segundo término como la patología del primero, afirman los autores.

En forma contemporánea a los desarrollos freudianos, Karl Abraham (1877-1925) comienza a esbozar sus hipótesis psicodinámicas, explican Roudinesco, É. y Plon, M. (1997). Sus desarrollos postulan que la depresión en la adultez es la reactualización de una pérdida traumática objetual temprana que torna al sujeto vulnerable a pérdidas posteriores. Abraham sostiene que dichas reactualizaciones son producto de una regresión libidinal a la etapa de la libido oral.

Los autores explican que, mientras que los freudianos asocian, a partir de esta época, los datos de la nosografía psiquiátrica al duelo, la escuela kleniana, marcada desde el principio por el trabajo de Abraham, acentúa la problemática de la pérdida de objeto y de la posición depresiva inscripta en el núcleo de la realidad psíquica.

Desde estos postulados psicodinámicos pasará un largo tiempo hasta que en 1957 Lonhard referencia las formas unipolares y bipolares de la depresión, apuntan Roudinesco, É. y Plon, M. (1997).

En la década de 1960, expone Rojtenberg, S. (2006), se enuncia la hipótesis aminérgica de la depresión de Schildkraut, según la cual la depresión está provocada por un déficit de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina.

Esta hipótesis, basada en hechos clínicos y experimentales, tuvo gran arraigo en la ciencia médica e impulsó el uso de antidepresivos ya que éstos, a través de diferentes mecanismos de acción, promueven un aumento de neurotransmisores en la biofase. El 70% de las depresiones mejoraron con estos medicamentos, pero esta estrategia sobresimplificó la etiopatogenia de un trastorno tan complejo. Investigaciones posteriores demostraron la insuficiencia de esta hipótesis, señala el autor.

Domínguez Belloso, F. et. al. (2010) explican que con la aparición del DSM-III en 1980 se produce un cambio importante en la clasificación de las depresiones. La clasificación del DSM-III establece como base la depresión mayor y la distimia, estando la melancolía relegada

a un subapartado como posibilidad diagnóstica en el quinto dígito.

1.2 - El ejercicio físico en la historia

El origen del ejercicio, sugiere Álvarez del Palacio, E. (2013) , es el impulso animal hacia el movimiento para satisfacer las necesidades esenciales y asegurar la supervivencia de la especie.

Pero la actividad del hombre no es sólo pura biología o adaptación motriz al medio. Sin negar esta realidad, sostiene el autor, los juegos físicos del ser humano tienen un componente cultural que se nutre en las mismas fuentes de la humanización. El hombre primitivo, explica Álvarez del Palacio, E., ve en todo aquello a lo que no era obligado por la elemental necesidad de subsistir, en todo lo que no era utilidad inmediata, la inspiración de unos poderes superiores y un medio para entrar en comunicación con éstos. Así el ejercicio corporal pasa a formar parte del culto. Simultáneamente la actividad física de la época está determinada por los valores e incorporada al sistema de relaciones de convivencia. Valores y prácticas corporales que se construyen y desconstruyen dinámicamente en las acciones habitualizadas y mutuamente determinadas en la interacción.

Ortega y Gasset en el "Origen deportivo del estado" (1967) propone que la agrupación para la realización de este tipo de actividades físico-deportivas favorece la transición de la horda a la tribu, paso éste trascendental y primer eslabón en la cadena de desarrollo de la sociedad humana. Las actividades físico-deportivas se convierten de este modo en asunto de comunidad, motivo de formación de comunidades y medio y contenido de transmisión cultural.

Cada época histórica crea sus propias formas de actividad física, permitiendo ver la esencia de cada pueblo reflejada en ellas, afirma Ortega y Gasset (1967). El ejercicio físico y algunas de sus manifestaciones más destacadas: los juegos, la danza, el deporte, las artes corporales, son, en sus orígenes, un acto de culto, un símbolo de la vida, un rito reflejado en infinitas facetas y un fuerte lazo de unión en aquellos momentos en el que el hombre primitivo se comunica con los poderes superiores, consagrando a los dioses la fuerza de sus miembros, profundiza el autor.

Todas estas manifestaciones del ejercicio físico están en consonancia con la cultura a la que pertenecen, afirma Parlebas (2008), sobre todo en cuanto a las características de su lógica interna, que ilustran los valores y el simbolismo subyacentes de esa cultura: relaciones de poder, función de la violencia, representaciones de género, formas de sociabilidad, relación con el entorno, representaciones de salud, etc. Son modos de expresión de una cultura, sostiene el autor. Por el espacio que disponen, la temporalidad que imponen y la comunicación que proponen, estas manifestaciones del ejercicio físico son un espejo de una

civilización, señala Parlebas.

A - Edad Antigua

Kraemer, W. y Häkkinen, K. (2006) afirman que parece evidente que en las culturas antiguas se utilizan pruebas de fuerza no sólo para entretenimiento sino para diferentes finalidades prácticas. En las tumbas egipcias que datan del 2500 a. de C. se descubrieron obras de arte que describen distintas hazañas de fuerza.

En China durante la dinastía Chou (1122-225 a. de C.) las pruebas de fuerza se aplicaban con una finalidad militar. Para aquella época además del lanzamiento de piedras, continúan los autores, se desarrollan el baile, el boxeo, la esgrima y las carreras de barcos. También se desarrolla una destreza gimnástica dirigida, particularmente, a la prevención de enfermedades y a mantener el cuerpo saludable.

Álvarez del Palacio, E. (2013) escribe que el interés por la práctica físico-deportiva varía en la antigüedad clásica, de un tiempo a otro, correspondiendo el período de máximo auge a la segunda mitad del siglo VI y primera del siglo V a. de C. a raíz de la guerra contra los persas, momento en el que los griegos advierten la importancia de una buena formación física para la suerte del combate. La educación física alcanza entonces una popularidad enorme y el entusiasmo por su práctica se extiende a la población, llegando a convertirse en uno de los objetivos más relevantes del sistema educativo, definido por el ideal aristocrático como "kalokagathia", que persigue la armonía y el equilibrio entre las cualidades físicas e intelectuales, a fin de alcanzar un desarrollo completo de la personalidad humana en todas sus facetas.

En el sistema educativo platónico descrito en la "República y las leyes" la actividad física ocupa un lugar importante en la formación de los hombres y las mujeres del Estado, explica Álvarez del Palacio, E. (2013). Platón (427-347 a. C.) critica la preparación de los atletas profesionales para la competición deportiva por su régimen de vida y sus métodos de entrenamiento. Propone la recuperación del objetivo clásico del ejercicio físico que es la preparación de los ciudadanos para defender la polis lo que implica la práctica de ejercicios de carácter militar: lucha, esgrima, lanzamiento de jabalina, tiro con honda, etc. También reivindica la importancia del ejercicio físico en la educación y propone que la gimnástica sencilla y equilibrada dirigida al desarrollo armónico de las facultades físicas de los más jóvenes es para el cuerpo lo que la música para el alma, y propone que la gimnástica debe practicarse desde la niñez y para toda la vida, sostiene el autor.

Aristóteles (384-322 a.C.), continúa exponiendo el autor, también sostiene la importancia del ejercicio físico en las primeras edades. Comparte con su maestro Platón el rechazo a los principios que inspiraban los sistemas de entrenamiento para la competición

profesional porque entiende el ejercicio físico para el desarrollo y como un fin en sí mismo y su sobrecarga en intensidad y cantidad llega a producir auténticas deformaciones en el cuerpo en lugar de favorecer la salud. Aristóteles propone que el ejercicio físico no sólo debe contribuir a formar buenos soldados, sino que también debe jugar un papel importante en la adquisición de hábitos de higiene, de salud, de bienestar mental y de educación ética y moral de los ciudadanos. Sostiene, escribe Álvarez del Palacio, E. (2013), que una vez finalizado el período educativo los hombres y las mujeres deben hacer ejercicio físico durante toda su vida y hasta la vejez porque el cuidado del cuerpo mejora también la moral y el trabajo intelectual.

En el campo de la medicina la primera referencia al ejercicio físico se encuentra en la colección de escritos médicos transmitidos con la denominación general de "Corpus Hippocraticum" que comprenden algo más de medio centenar de tratados. Son atribuidos a Hipócrates de Cos (460-370 a.C.). La palabra ejercicio aparece muy seguido en su obra, la mayor parte de las veces refiriéndose al aspecto higiénico del ejercicio, afirma Álvarez del Palacio, E. (2013). En la teoría hipocrática, se expone el autor, el eje central sobre el que pivota el tratamiento dietético es el logro del equilibrio entre los ejercicios físicos, la comida y la bebida. Precisamente en la desaparición de este equilibrio encuentra Hipócrates la causa de la enfermedad. Para mantener ese equilibrio recomienda determinados ejercicios (pónoi) para cada estación del año. Entre estos ejercicios propone el paseo, distintas formas de carrera, ejercicios de fuerza para desarrollar la musculatura, los ejercicios gimnásticos y las distintas formas de lucha. Simultáneamente a este desarrollo del ejercicio físico en dirección higiénica, en Grecia se destaca, también, el desarrollo del juego competitivo, subraya el autor.

El programa de educación física para los varones adultos se concentra en el gimnasio. Allí se practican actividades de carrera y lanzamiento por lo que se requieren amplios espacios y su construcción queda fuera de la ciudad. Una versión más pequeña del gimnasio es la palestra o escuela de lucha. Allí las actividades de entrenamiento de la fuerza consisten en levantar bloques de piedra de distintos pesos.

En esa época, expone Álvarez del Palacio, E. (2013), cada ciudad tiene sus propios festivales deportivos, normalmente asociados a una festividad religiosa y con un origen mítico o sagrado, en los que participan los jóvenes varones de la ciudad. En Atenas, por ejemplo se celebraban las "Panathenaias" (Panatenaicas), en las que se desarrollaban pruebas deportivas como: carreras, pugilato, lanzamiento de disco, salto de longitud, lanzamiento de jabalina, etc.

En el mundo griego se celebraban cuatro grandes eventos deportivos panhelénicos, profundiza Álvarez del Palacio, E. (2013), los juegos olímpicos, en Olimpia, los juegos píticos, en Delfos, los juegos ístmicos, en Itsmia, y los juegos nemeos, en Neméa. De éstos los primeros en celebrarse y los más importantes, eran los juegos olímpicos. La actividad físico-deportiva y su máxima festividad: los juegos Olímpicos, conforman el punto de arranque de la historia de la actividad física sistematizada, puntualiza Álvarez del Palacio, E.

Kraemer, W. y Häkinnem, K. (2006) destacan el aporte de Galeno (131-200 d.C.) en la difusión y el fomento del ejercicio físico. Este médico griego, se traslada en el años 162 a. de C. a vivir a Roma y extiende la dietética a esta ciudad. Escribe acerca de las formas debe tener la actividad física para producir los efectos más beneficios sobre el cuerpo y sugiere la eficacia en la salud del entrenamiento de la fuerza. Clasifica los ejercicios por su fuerza en duros y blandos; por su naturaleza en global o localizado.

En el Imperio Romano, exponen Kraemer, W. y Häkinnem, K. (2006), se continúan utilizando los ejercicios para el desarrollo de la fuerza con fines militares. Durante el período Republicano las carreras y saltos son mantenidas, ya que sirven a la preparación del ejercito.

La juventud romana, explican los autores, realiza su actividad física en el Campus, una especie de campo de entrenamiento para los soldados romanos. Más tarde, con la llegada del Imperialismo, se convierte en el Campus de juegos de Roma y allí los jóvenes se reúnen para hacer ejercicios, que incluían saltos, lucha libre, boxeo y carreras.

El pensamiento acerca de la relación cuerpo-alma es, más bien, una prolongación del carácter helenístico del Imperio.

B - Edad Media

Durante toda la Edad Media, explica Álvarez del Palacio (2013), la cultura, totalmente dominada por la religión y el principio cristiano de "absoluta culpabilidad de la carne" queda definida como una cultura contra el cuerpo.

La educación queda fuertemente influida por la religión y los ideales de la vida futura y, recogida en instituciones eclesiásticas, lo corporal paga un fuerte tributo en comparación con los ideales espirituales. La iglesia se opone a la educación física porque considera que los juegos y los deportes tienen un origen pagano y se alejan de lo religioso, sostiene Álvarez del Palacio. También, al considerar el cuerpo y el alma como entidades separadas, prosigue el autor, esta institución ve al ejercicio físico como un placer corporal que se debe reducir para trabajar en el fortalecimiento y la preservación del alma.

Si bien desaparecen los ejercicios físicos con fines educativos y la gimnasia higiénica desaparece de la preocupación de los teóricos de la época, las actividades corporales no dejan de estar presentes en esta época, afirma Álvarez del Palacio (2013).

A pesar de las concepciones filosófico ascéticas, exponen Kraemer, W. y Häkinnem, K. (2006), los ejercicios físicos son intensos ya que los caballeros deben prepararse para la guerra y particularmente en la clase noble de la sociedad comienzan a proliferar distintos juegos corporales que recogen elementos de los juegos clásicos, exponen los autores. Saltos, carreras, lanzamientos y juegos de pelota, entre otros, señalan los autores. También la caza es una de las distracciones favoritas de los soberanos, de sus cortes y de la aristocracia. Kraemer,

W. y Häkkinen, K. (2006) explican que la caza como otros ejercicios físicos son diversión y ejercicio.

Los autores escriben que también las clases populares tienen sus actividades físicas: lucha, juegos de pelota, como el frontón, tiro con arco y las fiestas como motivación para el ejercicio físico.

C - Renacimiento y Edad Moderna

En el espíritu del Renacimiento, explica Álvarez del Palacio (2013), rebrota lejos de su lugar de origen y con vida propia el mundo griego. El arte y la ciencia reciben un fuerte impulso alimentados por el Humanismo, el hombre conquista un nuevo campo de libertad espiritual y renace la esperanza de poder decifrar todos los misterios. En ese contexto, afirma el autor, resurge de las tinieblas del pasado un concepto de cuerpo que había sido borrado en la Edad Media.

Todo ello también supone la recuperación del estudio científico del cuerpo humano, de su funcionamiento y de sus capacidades para dar lugar a un nuevo sentido de lo corporal, que generará un efecto liberador.

El centro de este movimiento está en Italia y de allí se irradia al resto de Europa. Se adoptan juegos antiguos que son reformados y desarrollados nuevamente y el ejercicio físico toma una nueva y elevada consideración en el ámbito educativo y en la conservación de la salud, continúa exponiendo el autor. Así en el campo de la medicina y la educación florece, con fecundidad inaudita, una nueva literatura, siendo raro el texto que no haga referencia al ejercicio físico como una forma de actividad corporal a considerar por su aporte valioso para el desarrollo y el mantenimiento de la salud. Buena prueba de ello, ejemplifica Álvarez del Palacio, es la obra del médico humanista andaluz Cristóbal Méndez (1500- 1555?) que en 1553 escribió el libro "El ejercicio corporal", que es una recopilación de textos y doctrinas clásicas y aborda el tema del ejercicio físico desde la perspectiva de la higiene tradicional, concebido para mantener la salud y evitar la enfermedad. Utiliza esquemas fisiológicos del galelismo y expone diferentes clases de ejercicios explicando sus efectos fisiológicos y sus reglas básicas.

Álvarez del Palacio (2013) destaca, también, al coetáneo, Jerónimo Mercurial (1530-1606). La obra más destacada de este médico y filósofo italiano, "De arte gymnástica" publicada en 1569, es una expresión literaria y científica del ejercicio corporal como fuente de salud. Es el primer libro ilustrado de la gimnástica. La calidad de la obra y sus numerosas ediciones sembraron de referencias la literatura médica, pedagógica y gimnástica europea, prácticamente hasta finales del siglo XIX. Por ello se lo considera el precursor de la gimnasia moderna, señala el autor.

D - Edad Contemporanea

En el planteamiento de los autores clásicos y humanistas se puede observar la superación del dualismo que tantos años después se pudo superar para lograr una teoría integral del hombre, señala Álvarez del Palacio (2013).

A principios del siglo XX aparecen prácticamente de forma simultánea cuatro grandes movimientos gimnásticos que darán lugar a sus respectivas Escuelas y Sistemas Gimnásticos, los cuales, según Richard Mandell (1981), tuvieron su origen en las corrientes intelectuales más destacadas del siglo XIX, como son el racionalismo, el romanticismo, el nacionalismo, la democracia y el ideal pedagógico.

Estas escuelas no fueron compartimientos estancos, sino que tuvieron influencias e intercambios entre ellas, aclara el autor.

Richard Mandell (1981) describe y analiza las características de las distintas Escuelas Gimnásticas e historiza acerca de sus desarrollos:

-La escuela sueca: sistema analítico, creada por Pier Henrich Ling (1776-1839) médico, militar y profesor de esgrima de la Universidad de Luna, cuyo método se caracteriza por una concepción anatómica, biológica y correctiva de la gimnasia. En esta gimnasia la competición es relegada por el de ayuda de los miembros del grupo más aventajados, porque la concepción gimnástica de esta escuela se destaca por el fomento de la salud individual y colectiva. Cabe distinguir dentro de este movimiento el aporte de Johanes Lindhard (1870-1947), médico y fisiólogo, cuya aportación a la Educación Física se centra en el campo de la investigación fisiológica.

-De la escuela alemana y el sistema rítmico Guts Muths (1759-1859) es uno de sus fundadores. Guts Muths es considerado el padre de la gimnasia pedagógica moderna. Sus aportes se inspiran en la antigüedad clásica. Según R. Mandell (1986), G. Muths se ve fuertemente influenciado por el pensamiento racional que imperaba en la pedagogía alemana de la época y diseña unas tablas de ejercicios en las que se asientan los desempeños de los alumnos en natación, saltos o en carreras con el fin de constatar sus progresos a través de evaluaciones periódicas. Este concepto de educación física se aleja del juego motor y propone ejercicios regulares prescritos por los educadores físicos bajo cánones de ejecución cerrados, y en tiempos y lugares sistemáticamente ideados y matemáticamente controlados. En todo momento se persigue alcanzar un rendimiento motor en las acciones. La obra de Muths trascendió las fronteras Alemanas e influyó en la Educación Física de muchos de los países europeos.

Ludwing Jahn (1778-1852), el otro fundador de esta escuela, prosigue el autor, es el creador de las barras paralelas, las barras horizontales y el burro de saltos, entre otros

aparatos. Esta concepción de Educación Física está vinculada a la mejora de la salud, la belleza corporal, la agilidad y las cualidades volitivas del hombre, aplicando los avances de las ciencias biológicas.

- De la escuela francesa y su sistema natural Francisco de Amorós y Ondeano (1770-1848), es su máximo exponente. La Escuela Francesa se caracteriza por un concepto utilitario y natural de los ejercicios físicos. Se los concibe como acciones de carácter global, y en las ejecuciones el cuerpo participa como un todo. Con el ejercicio se persigue lograr el dominio corporal y alcanzar el desarrollo de un cuerpo estéticamente bello. A nivel pedagógico el autor destaca la influencia de George Hebert (1857-1957) y a nivel científico el aporte de Fernand Lagrange (1845-1909).

- La escuela inglesa y su sistema deportivo tiene a Thomas Arnold (1795-1842) como su máximo representante. Esta escuela surge como reacción al excesivo academicismo imperante en la educación formal, donde el cultivo del intelecto era considerado lo más importante en detrimento del desarrollo de lo corporal. Este educador e historiador introduce el deporte en la escuela a través de "juegos deportivos" desarrollando la idea de "actitud deportiva", que se caracteriza por el "fair play" y el amateurismo que deben ejercitarse en el deporte para posibilitar su despliegue en cualquier ámbito de la vida. Este método otorga importancia a la recreación, a las reglas y a la competición en los ejercicios, desvinculándose del rendimiento deportivo y estimulando la creatividad y la libertad de los alumnos en sus prácticas. Con estos fundamentos y propósitos aparecen, en esta época, muchos de los deportes reglamentados que hoy conocemos. Estas prácticas tienen un carácter clasista ya que son impulsadas en colegios masculinos pertenecientes a las clases sociales más pudientes.

-Paralelamente a estas cuatro escuelas que son las de mayor peso en ese período, evolucionan otras, que también tendrán influencia en la dirección del desarrollo del ejercicio físico.

La escuela americana que se desarrolla a partir de la influencia europea que tiene dos momentos de inflexión claves. El primer momento se caracteriza por el influjo de los sistemas sueco y alemán. Producto de este predominio los objetivos de la disciplina se orientan hacia el desarrollo físico del individuo a través de la higiene, la educación, la recreación y la terapia. En un segundo momento, hay una gran influencia del deporte británico. El deporte se introduce en las escuelas. Enseguida se desarrolla en América del Norte un gran interés en la formación de deportistas y entrenadores profesionales. El deporte americano experimenta un crecimiento espectacular desde sus orígenes, impulsado principalmente por el apoyo económico del sector empresarial y por los campos que favorecían la innovación.

Un hito relevante en este período es la celebración de los primeros Juegos Olímpicos Modernos en 1896 en Atenas y su divulgación a través de los medios de

comunicación. El gran impulsor y organizador de estos juegos es el Barón Pierre de Coubertin (1863-1937), historiador y pedagogo francés.

Los deportes contemporáneos son un invento de los ingleses y luego conquistan al mundo.

A partir de 1960, plantea Giraldes, M. (2014), cambia el imaginario social que se teje en torno al cuerpo. Desde luego, el Mayo francés del 68 implica, también, una cantidad de cambios. El cuerpo, el eterno olvidado, se transforma en centro de estudios y reflexiones. Y se produce el auge del feminismo, de la expresión corporal, del body-art, de las terapias alternativas para el tratamiento del cuerpo, y diversas innovaciones en relación a lo corporal. Aparecen nuevos modelos de entrenamiento, como por ejemplo el interválico, con su fundamentación científica.

A partir de esos años se produce un cambio fundamental, se diversifica la manera en que las personas realizan sus prácticas corporales, aumenta en número y la calidad de las propuestas, que comienzan a cambiar día a día.

El cuerpo se transforma en el más bello objeto de consumo y nace la industria del fitness. El mercado es invadido por entrenadores, especialistas, gurúes, deportistas, físico culturistas y técnicos que se dedican a la enseñanza. Gimnasia aeróbica, danza jazz, kick boxing, yoga, pilates, entrenador personal o gimnasias alternativas, la cultura las legaliza. Prácticas corporales cambiantes y novedosas. En ese contexto manipulado por los medios, por el mercado y por las empresa, el ejercicio físico comienza a estar sujeto a las leyes del mercado.

E - Modernidad Tardía

En las sociedades de la modernidad tardía, es decir, en las sociedades de consumidores, dice Giraldes, M. (2014), las presiones vienen por el lado del mercado, de los medios y de los grupos de poder económico y político. El mandato consiste en transformarse en una especie de Dorian Grey de las sociedades posmodernas: siempre flaco, siempre joven, siempre bello... Aparecer siempre flaco, (inclusive a riesgo de la salud); siempre joven (como un Dorian Gray posmoderno) y siempre hermoso (si hace falta con la ayuda de la ciencia y la tecnología), se ha impuesto como más importante que poder unir, en un todo coherente, lo que se siente, lo que se hace y lo que se es. El cuerpo se ha transformado en las sociedades líquidas en un objeto de consumo, con un determinado valor de cambio en el mercado, sostiene Giraldes, M. (2014). Probablemente estas conminaciones, reflexiona, no sean otra cosa que más que una novedosa manera de control de los cuerpos.

En otra manifestación de las características que adopta el ejercicio físico en la cultura actual, expone Parlebas (2008), el desarrollo del deporte se ha univervalizado y convertido en

una actividad común a todas las naciones. En casi todos los países, profundiza este autor, este desarrollo ha arrinconado a los juegos físicos tradicionales y a las danzas tradicionales. Entonces al consumo de los juegos, los ejercicios y las danzas tradicionales se contraponen el desarrollo y crecimiento de los juegos institucionalizados mundializados.

Ya sea como balón, como juego o actividad recreativa, como agente socializador y alfabetizador, como espacio de prácticas asociadas al biopoder, como espectáculo en vivo, como negocio, como estética, como parte de la moda y la vestimenta, como narrativa dramático-mediática, como héroes esponsorizados que gatillan el imaginario, como fuente de orgullo nacional y configuración identitaria, como estilo de vida o conjunto de valores; el deporte y el ejercicio físico aparecen en las conversaciones y en los cuerpos (de los que juegan y no juegan, de aquellos que lo gozan y de quienes lo sufren); está en la calle y en los medios, en las zonas urbanas y rurales, en los países de uno u otro continente. Por su impacto cultural y lo extenso de su influencia, por su omnipresencia mediática y los imaginarios tecno-corporales que vehicula, por su relevancia económica y por su rentabilidad política, el deporte profesional y no profesional, el entrenamiento y el ejercicio físico, no cabe duda, son hoy un ámbito clave de la vida social contemporánea, sostiene Parlebas.

Giraldes, M. (2014) propone que cada uno debería poder echar una mirada sobre la cultura corporal de su época, lo más incisiva posible y con la mayor sospecha de que sea capaz. Porque no todo lo que ofrece esta cultura tan mercantilizada toma partido decidido por la el bienestar y el desarrollo de cada sujeto. Una nueva cultura, por novedosa que sea, no tiene por qué ser mejor que una anterior, reflexiona el autor.

En la educación, trabajo y entrenamiento del cuerpo, como en toda práctica, existe siempre una selección de saberes, sostiene Giraldes, M. (2014). Se seleccionan algunos de ellos, sostiene el autor, que la historia del pensamiento, de la ciencia y de la misma disciplina han ido produciendo en torno a lo corporal, construyéndose así una determinada manera de comprender el lugar que debe tener lo corporal en la formación, desarrollo y mantenimiento del ser humano.

Los modos en los que en esta época se enseñan-aprenden las actividades y ejercicios físicos y los deportes, los modos en los que se los practica, alientan un narcisismo competitivo, cuyo resultado es la exclusión del otro. Estos modos, reflexiona Giraldes, M. (2014), realimentan el individualismo y el narcisismo por sobre el conjunto social y refuerzan el existismo y el triunfalismo sobre el esfuerzo, el logro y la cooperación.

CAPITULO 2: DEPRESIÓN, PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA

2.1 - Definición de Depresión

La definición de depresión desde la perspectiva psiquiátrica que recoge el presente trabajo la expone el Dr. Rojtenberg . En sus palabras Rojtenberg, S. (2001, p.3) define la depresión como síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional.

La depresión es una perturbación compleja, profundiza el autor (2006), en tanto tiene diferentes matices sintomáticos y es promovida por múltiples causas, provocando un alto sufrimiento psíquico.

El cuadro clínico de la depresión, expone Rojtenberg, S. (2006) basándose en el DSM IV y en aportes de la CIE 10, se caracteriza por el abatimiento y el desgano, la retracción y la pérdida de interés por el mundo exterior, la disminución de la capacidad de experimentar placer, la presencia de trastornos funcionales y del sueño, el pensamiento rumiante y monotemático y hasta una vivencia delirante de ruina y necesidad de castigo que pueden ser diversas expresiones de diferentes trastornos depresivo.

Los principales síntomas de estos cuadros son : el estado de ánimo deprimido, la pérdida de interés o la incapacidad de experimentar placer, la agitación o el enlentecimiento motor, la disminución de la energía.

Eaton et. al. (1997) analizaron los datos del estudio de seguimiento de 12 años del ECA (Epidemiologic Catchment Area, programa desarrollado por la Comisión de Salud Mental en cinco ciudades de EEUU) y encuentran que la mediana de la duración del estado depresivo es de 12 semanas y la media de 27 semanas, y que el 22% de los casos permanece crónicamente enfermo.

2.2- Prevalencia

Sostiene Alarcón, R. (2005, p. 2246) que "estadísticamente la tasa de prevalencia de la depresión, es decir el número de personas que padece la enfermedad, varía del 3 al 6% de la población general, según las regiones".

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es la cuarta causa de pérdida de calidad de vida por la discapacidad que genera y para el 2020 la entidad pronostica que este trastorno ocupará el segundo lugar.

A nivel de la consulta de los pacientes, Rojtenberg, S. (2006) sostiene que la depresión es el motivo de consulta más habitual de los psiquiatras y de todos los profesionales de la salud, ya que un altísimo porcentaje de los pacientes que consultan al clínico refieren alguna forma de perturbación depresiva. Esto se debe, amplía el autor, a que la depresión puede presentarse con su "ropaje somático, de manera enmascarada o somatoforme" (Rojtenber, S., 2006, p.39). Así mismo el autor afirma que alrededor del 70% de las personas que están deprimidas no lo saben y no consultan en el momento adecuado racionalizando el episodio como cansancio, trabajo, edad, etc.

Respecto del género, expone Rojtenberg, las mujeres suelen padecer depresión en una proporción de tres a uno respecto de los hombres. Y las épocas de su vida en las cuales se encuentran particularmente vulnerables son la adolescencia, el peripuerio (hasta seis meses después del parto) y la premenopausia, explica el autor.

2.3- Semiología psiquiátrica

La psiquiatría, explica Hornsrein, L., siguiendo los principios krepelianos, se centra en la agrupación de cuadros patológicos de manifestaciones universales cuya etiología explica o intenta explicar a través de leyes o principios biológicos que las producen.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos (DSM) refiere las características principales de la depresión, sostiene Rojtenberg, S. (2006), y crea un código diagnóstico para clasificar los trastornos mentales de los pacientes y establecer un lenguaje común entre los profesionales. Son los principios de Kraepelin, que aún hoy rigen la psiquiatría, los que fundamentan el modelo nosográfico categorial de este manual y que exigen definir categorías homogéneas, sostiene el autor.

Este principio justifica que la clasificación del DSM, señala Hornstein, L., tenga en cuenta síndromes y no individuos.

Tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos (DSM), como el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) publicado por la OMS, ubican al trastorno depresivo dentro del capítulo de los trastornos del estado de ánimo.

La palabra ánimo, expone Rojtenberg (2006) viene de la palabra alma, y alma es "lo que da vida, ímpetu, gracia, impulso a autorrealizarse y saborear la existencia, profundiza el autor, es lo que abre el deseo de perdurar y a aventurarse intrépidamente en lo incógnito" (Rojtenberg, S., 2006, p. 46).

Los estados de ánimo, explica Rubinstein, J. (1981), constituyen un estado emotivo general de la personalidad, que matiza los procesos psíquicos y la conducta del hombre

durante un considerable período de tiempo. Como no están vinculados a un acontecimiento particular se consideran un estado general indeterminado.

El DSM IV, 1994, agrupa los trastornos depresivos con los trastornos bipolares, los trastornos del estado del ánimo inducido por consumo de sustancias y los trastornos del estado del ánimo debido a una condición médica general en trastornos del estado de ánimo.

De acuerdo con la taxonomía del DSM IV se considera que un paciente padece depresión si presenta un estado de ánimo deprimido y/o la imposibilidad de disfrutar placenteramente de actividades, agregándose por lo menos cuatro de los siguientes síntomas: humor deprimido la mayor parte del día casi todos los días; pérdida de placer o interés por las tareas habituales; pérdida o aumento de peso sin dietas especiales, insomnio o hipersomnia; agitación o enlentecimiento motor, pérdida de energía; sentimientos de inutilidad, de autoreproche, o culpas excesivas; disminución de la capacidad de pensar o de concentración y/o ideas recurrentes de muerte o suicidio, durante dos semanas, representando un cambio en el funcionamiento previo.

2.4- Clasificación psiquiátrica

El DSM IV diferencia, dentro de los trastornos depresivos, el trastorno depresivo mayor, sus variedades única y recurrente, el trastorno distímico, trastornos bipolares, en los cuales la depresión se alterna con la manía y el trastorno depresivo no especificado.

2.4.1- Trastorno Depresivo Mayor

Hornstein, L. (2011) señala que se trata de una categoría diagnóstica heterogénea y que se caracteriza por presentar uno o más episodios depresivos, sin episodios de manía o hipomanía. Continúa explicando que la clasificación del DSM-IV utiliza el término trastorno depresivo mayor para indicar un episodio depresivo presente al menos durante dos semanas y que se caracteriza por la presencia diaria de una serie de síntomas, uno de los cuales debe ser un descenso del humor o de la capacidad de experimentar placer. Estos dos síntomas pueden variar en intensidad y repercusión de acuerdo con el tipo y la gravedad del cuadro depresivo.

El Dr. Rojtenberg (2006) amplía la descripción exponiendo que se caracteriza por el abatimiento y el desgano, la retracción y la pérdida de interés por el mundo externo, la disminución de la capacidad de experimentar placer, la presencia de trastornos funcionales y del sueño, el pensamiento lento, rumiante y monotemático y hasta una vivencia delirante de ruina y necesidad de castigo. El sujeto abatido no sabe por qué se siente de esta manera, no encuentra razón o desencadenante que justifique su estado o este no guarda relación con la intensidad del cuadro.

Los criterios del DSM-IV para el episodio depresivo mayor son la presencia de cinco o más de los síntomas siguientes durante un período de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa.

Uno de los síntomas debe ser

- (1) estado de ánimo depresivo o
- (2) pérdida de interés o placer.

Síntomas:

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, según indica el decir del propio sujeto indicado o la observación de otros.

(2) Disminución acusada del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días (según refiere el propio sujeto o la observación de los demás).

(3) Pérdida importante de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(4) Hipersomnia o insomnio casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días (observable por los demás, no meras sensaciones de estar enlentecido o de inquietud).

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

Hornstein, L. señala que los episodios se subclasifican de acuerdo con su gravedad en: leve, moderado o grave y se pueden clasificar como únicos o recurrentes.

Aunque el trastorno depresivo mayor puede darse en un episodio único, la recurrencia constituye la regla y no la excepción.

También se pueden subdividir según la presencia o ausencia de síntomas psicóticos, rasgos atípicos, de inicio en el postparto o síntomas catatónicos, concluye el autor.

Diversos estudios, expone el Dr. Rojtenberg, sugieren un riesgo de entre el 10 y el 13% para desarrollar una depresión mayor en un sujeto cuando uno de sus padres biológicos la ha padecido. Este porcentaje se incrementa hasta el 30% cuando ambos progenitores la han padecido.

A - Subtipo Melancólico

Este subtipo de depresión suele permitir un rápido diagnóstico porque prevalecen en la misma rasgos esenciales, en tanto predominan la pérdida del interés o del placer en las actividades o la falta de respuesta adecuada a los estímulos placenteros, apunta Rojtenberg, S. (2006).

Constituye un cuadro clínico, añade Hornstein, L. (2011), que se caracteriza por una notable lentitud de pensamiento y actividad o agitación psicomotriz, pérdida de peso, de capacidad para experimentar placer y culpabilidad irracional.

Márquez, M. (2006) explica que la mañana es el peor momento del día, el de mayor angustia en estos cuadros. Es el punto más bajo en el estado del ánimo y en la actividad. Las personas que sufren este subtipo de depresión suelen tener mucha dificultad para salir de la cama. Sin embargo, apunta el autor, presentan variación diurna, pues a medida que transcurre el día se sienten mejor y a la noche pueden sentirse "normales". Lo que diferencia claramente este subtipo del trastorno depresivo mayor, amplía Márquez, son las ideas de culpa y/o ruina con componentes psicóticos y en algunos casos el contenido ideativo puede ser francamente bizarro.

B - Otros Subtipos

Otros subtipos de depresión que tienen en cuenta la clínica, la severidad y la cronología, explica Rojtenberg (2006) son: catatónico, estacional, trastorno mixto ansioso depresivo.

Lo importante del tema, señala el autor, es que estos subgrupos suelen responder de diferentes maneras a la terapia medicamentosa.

2.4.2- Trastorno Distímico

En general se describe el trastorno distímico como una versión ligera de la depresión mayor, con menos síntomas (aunque del mismo tipo), menos intensos y de evolución crónica, escribe el Dr. Márquez (2006). El criterio de cronicidad, continúa diciendo, no deja lugar para ninguna otra forma episódica o recurrente.

Las características más frecuentes son el malestar subjetivo crónico, la rigidez de carácter y las relaciones sociales inestables.

Pese a tratarse de depresiones, amplía el Dr. Márquez, en las manifestaciones clínicas de pacientes distímicos las perturbaciones del estado del ánimo, que, aunque son más intensos que una tristeza normal, nunca tiene la calidad propia de los cuadros melancólicos, ni

se acompañan de signos / síntomas vegetativos.

Hornstein, L. (2011) señala que la presencia de sentimientos de tristeza o una disminución o pérdida de interés por las actividades cotidianas es esencial.

En los pacientes distímicos, apunta el Dr. Márquez, el humor se moviliza según los acontecimientos, algunas veces mejorando y otras empeorando. En la depresión mayor el humor es muy poco sensible a la distracción. Esta reactividad y variabilidad, explica Hornstein, se expresa en sus fluctuaciones clínicas, que justifican la amalgama ansiedad-depresión frecuentemente presentes en estos pacientes.

En la distimia hay ausencia de ideaciones deliriosas de ruina, culpa o autoreproches. Y, por otra parte, en la semiología distímica además del estado de ánimo depresivo los pacientes presentan *disforia*, o sea emociones y sentimientos intermitentes y rápidamente cambiante, *irritabilidad*, *astenia*, o sea fatiga y el bajo rendimiento general que no ceden con el reposo son una constante queja de los pacientes, completa el psiquiatra.

Para el DSM-IV, explica Hornstein, el diagnóstico de trastorno distímico requiere la presencia de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- 1) pérdida o aumento del apetito;
- 2) insomnio o hipersomnia;
- 3) falta de energía o fatiga;
- 4) baja autoestima;
- 5) dificultad para concentrarse o tomar decisiones;
- 6) sentimientos de desesperanza.

2.4.3 - Trastorno del ánimo debido a una condición médica general

La característica esencial de este trastorno, explica Rojtenber, S. (2006), es una marcada y persistente alteración en el humor debido a los efectos fisiológicos directos de una condición médica general.

Gaviria, M. (1998) señala que Se ha comprobado, también, que el 25% de los pacientes con ciertas condiciones médicas generales desarrollan trastornos afectivos mayores durante el curso de su enfermedad, circunstancia que hace la situación más compleja y añade un pronóstico menos favorable.

2.4.4 - Trastornos Bipolares

La descripción fundamental de los trastornos bipolares se fundamenta en la alternancia de episodios maníacos y episodios depresivos con un período asintomático entre ellos, distinguiéndose dos tipos: los trastornos Bipolar I, Bipolar II, explica Gaviria, M. (1998).

Lo esencial del Trastorno Bipolar I es su curso clínico, caracterizado por la presentación de uno o más episodios de manía o episodios mixtos. Frecuentemente, los sujetos con este trastorno han tenido también uno o más episodios de depresión mayor. El Trastorno Bipolar I es recurrente y más del 90% de los sujetos que han tenido un episodio maníaco los presentarán en el futuro. En términos generales, sostiene el autor, el 60% a 70% de los episodios maníacos ocurren inmediatamente antes de, o siguen a, un episodio depresivo mayor. La edad de comienzo de este trastorno es la adolescencia.

Rojtenberg, S. (2006) sostiene que se la refiere clínicamente más severa, con mayor importancia de síntomas psicóticos, con menor respuesta profiláctica al litio y mayor riesgo de trastornos afectivos en la familia.

El Trastorno Bipolar II, expresa Gaviria (1998), es llamado, también, depresión mayor recurrente con hipomanía. Se caracteriza por la ocurrencia de uno o más episodios de depresión mayor acompañado de, por lo menos, un episodio hipomaníaco, explica el autor. Algunos sujetos con Trastorno Bipolar II pueden no considerar patológico el episodio hipomaníaco, dado que no suelen provocar trastorno funcional, aunque otros sujetos se sientan mortificados por su conducta errática durante estos episodios y los experimenten como fuera de su normalidad. Dada esta característica, la información indirecta es a menudo crucial para el diagnóstico, especifica Gaviria.

2.5 - Signos y síntomas de la depresión

En este apartado se hace referencia a los síntomas que manifiestan las personas que transitan una depresión.

El fuerte predominio del modelo biomédico, y el hecho de que la primera teoría psicoterapéutica importante (el psicoanálisis) fuera hija natural de éste, han hecho que la terminología propia de la medicina haya teñido profundamente no sólo la manera de llamar a las cosas sino también el esquema para pensarlas, escriben Ezama Coto, E., Alonso, Y., Fontanil Gómez, Y. (2010) .

Síntoma es en medicina la manifestación subjetiva de una enfermedad, siendo el signo

la manifestación objetiva.

Los síntomas, profundizan los autores, son necesarios para el quehacer médico, a pesar de que nuestra medicina convencional encara la enfermedad poniendo al sujeto entre paréntesis y dándole un tratamiento de objeto. La información que da un síntoma proviene en realidad de dos sujetos: de aquél que informa, que es el paciente, y de aquél que interpreta la información presuponiendo la honestidad del informante. En el más simple de los casos, la información que da un signo procede de un solo sujeto: el médico o el dispositivo que entrega un resultado en imágenes o resultado cuantitativo. El paciente para la medicina es un mecanismo averiado. Los síntomas que figuran en la clasificación de los trastornos mentales buscan remitir a los profesionales de la salud mental al mecanismo averiado, de la mente para unos y del cerebro para otros (esto último cuando se defiende que lo mental es un mero producto del funcionamiento cerebral). La psiquiatría y muy especialmente la psicofarmacología basan su nosología en listados de síntomas que expresan supuestos desequilibrios neuroquímicos. Ezama Coto, E.et. al. (2010). Y concluyen sosteniendo que así las cosas, desvincular el concepto de síntoma de la psicopatología es muy difícil y esta asociación sostiene la pregnancia del paradigma médico.

2.5.1- Afectivos:

A - Anhedonia

Este síntoma está definido en la CIE 10 como la pérdida del interés o de la capacidad de experimentar placer en actividades habituales.

Es importante recalcar, explica Zak, D. (2008) que en muchas ocasiones el vínculo con la actividad se mantiene, pero no la gratificación que estas le pueden aportar.

Entonces, señala el Rojtenberg, S. (2006), al no poder disfrutar de las buenas experiencias y sentir, por su particular estado afectivo, amplificado lo displacentero, la insatisfacción y el ánimo depresivo se incrementan aún más, así como la sensación de que no hay salida.

La incapacidad para experimentar placer puede ser anticipatoria y consumatoria o sólo anticipatoria, osea que se pierde la capacidad de anticipar actividades placenteras pero se conserva la de reaccionar ante situaciones agradables (anhedonia parcial), expone Zak, D. (2006).

B -Tristeza o estado de ánimo depresivo

Tenconi, J. (2006) refiere que el estado de ánimo es un tono general afectivo, un

sentimiento perdurable que se experimenta internamente. El estado de ánimo puede pensarse como los cristales estables a través de los cuales cada persona mira el mundo, puntualiza el autor.

Tenconi, J. (2006) señala que el concepto de tristeza vital fue desarrollado por Kurt Schneider (1950) y es motivo de finas descripciones fenomenológicas.

La tristeza vital es el síntoma clásico de la melancolía, es un sentimiento que emerge de forma difusa y corporalizada desde la estructura psicofísica profunda y posee una cualidad distinta que le diferencia de la tristeza reactiva. En la tristeza vital no existen motivos, es profunda, se vive como algo irreparable, la experiencia subjetiva es la de vacío, imposibilidad de tomar parte activa en el mundo de las emociones, describe el autor.

En la depresión endógena, con ese nombre se conocía la melancolía treinta años atrás, el humor depresivo aparece en el 100 % de la extensa muestra (239 varones y 260 mujeres) de melancólicos que se recoge en el trabajo de Hamilton, explican Domínguez Belloso, F. et al. (2010).

Vallejo Ruiloba, J. (2010) resume las características de la tristeza vital: autónoma, desvinculada del desencadenante, difusa, corporalizada, psicofísica, persistente, arreactiva, no modificable voluntariamente y expresión de una claudicación del yo personal. A pesar de tratarse del síntoma nuclear de la depresión en un muy bajo porcentaje de casos, apunta el autor, la tristeza queda muy atenuada o puede que no esté presente. Se trata de depresiones enmascaradas cuya manifestación se produce más en el plano de lo somático.

C - Ansiedad

La persona con ansiedad, explican Mazzulla y Gómez (2011), tienen una interpretación de las situaciones ligada a alguna forma de amenaza que lleva a la persona a sentir temor, intentar huir, pensar que la situación es peligrosa, que sus recursos para hacerle frente son limitados y, por lo tanto, las consecuencias de estar en contacto con ese estímulo o de exponerse a las circunstancias serán irremediablemente nocivas. Entre sus recursos y la situación hay un desbalance cuyos resultados serán perjudiciales para su persona. De modo que la persona ansiosa teme lo que vendrá, lo que está por suceder.

D - Irritabilidad

Las personas con irritabilidad, expone Deffenbacher, J. (1993), tienden a responder, en un amplio rango de situaciones, con un enfado mayor y permanecen enfadados durante más tiempo que los demás. Esta ira a menudo tiene un impacto importante sobre la calidad de sus vidas. Internamente se encuentran irritados y emocionalmente molestos. La irritabilidad, amplía el autor, acarrea problemas de concentración y toma de decisiones. Igualmente puede sufrir la

salud física porque la ira debilita el sistema inmunitario y las investigaciones revelan que este estado permanente favorece la hipertensión y las enfermedades coronarias.

La ira, afirma Deffenbacher, J. (1993), en muchos casos, se niega, se intelectualiza, se despleza o se proyecta sobre otra persona.

Externamente, muchas de sus relaciones se resienten puesto que en sus relaciones interpersonales imprimen una atmósfera irritable, apunta el autor.

E - Agresividad

En las depresiones, apunta Vallejo Ruiloba, J. (2010), la agresividad suele dirigirse hacía sí mismo.

2.5.2 - Cognitivos

Vallejo Ruiloba, J. (2010) señala que en la depresión, en términos generales, se producen trastornos cognitivos cuantitativos y cualitativos, la mayor parte de los cuales desaparecen con la recuperación clínica. Asimismo, la edad puede afectar la disfunción cognitiva y, concretamente, cuadros afectivos de inicio tardío pueden mostrar una notable disfunción que no siempre es reversible.

A - Pensamiento enlentecido

Es una pauta presente en la gran mayoría de los casos de depresión.

B - Pensamiento negativo monotemático

El paciente con depresión, explica el Dr. Marquez (2006) contempla el mundo y se contempla a sí mismo de manera distorsionada, organiza sus cogniciones en patrones negativos estructurados y estables, que pueden ser activados en situaciones de tensión, y que tienen un procesamiento de la información alterado por errores de pensamiento que se contradicen con la evidencia. Hay, entre otros elementos, hipergeneralizaciones, absolutizaciones, creencias irracionales e inferencias arbitrarias.

Los errores cognitivos sirven al paciente depresivo para perpetuar las visiones negativas de sí mismo, de sus relaciones interpersonales y del entorno.

En las depresiones, explican Mazzulla y Gómez (2011), existe en el individuo la certeza de que algo negativo se ha instalado en la vida, está convencido que no hay más nada que esperar, producto de que algo malo ya sucedió, pueda o no identificarlo. No teme, pero

tampoco anhela, y en su desesperanza construye un mundo vacío de sentido.

C - Pérdida de la autoestima

Garaigordobil, Durá y Perez, (2005) sostienen que la autoestima es el juicio que realizamos de nuestras capacidades, actitudes, sentimientos, conocimientos y valoración de uno mismo. Los juicios acerca de uno mismo, profundizan, constituyen probablemente la organización cardinal de todo del autoconocimiento. En ellos cabe diferenciar cuanto menos dos clases de juicios descriptivos y evaluativos. Los descriptivos se refieren a cómo somos de hecho, tomando en consideración nuestra edad, sexo, profesión, características físicas, modos de comportamiento, los juicios evaluativos en cambio conciernen al aprecio o valoración que nos merece cada una de nuestras características. La autoestima, constituye la porción valorativa del autoconcepto, del autoconocimiento, afirman los autores. Es una autovaloración de acuerdo a la imagen que nos formamos de nosotros mismos. En la depresión la autoestima suele disminuir en relación directa con la gravedad de la misma, señalan los autores. Una autoestima baja se asocia con una percepción más negativa del estrés cotidiano.

D - Ideas de suicidio

Vallejo Ruiloba (2010) sostiene que hay un consenso general en aceptar que el suicidio es un problema que va en aumento en el mundo entero y que los trastornos afectivos representan un porcentaje elevado entre los factores causales. Según todas las estadísticas, continúa el autor, alrededor de un 15% de las personas con depresión se suicidan a lo largo de sus vidas.

La depresión constituye, entonces, un predictor de suicidio. Existe una estrecha relación entre los trastornos afectivos con la propensión a causarse daño a sí mismo deliberadamente, aparentemente con el objetivo de encontrar algún alivio, apunta Tenconi, J. (2006).

E - Déficit de concentración - atención

La atención y la concentración disminuyen, explica Vallejo Ruiloba, J. (2010), ya que a la persona con depresión le falta la energía vital suficiente para polarizar con claridad y eficacia su conciencia hacia las tareas específicas.

Las investigaciones sobre la falta de atención en depresión, explica Goodale, E. (2007), corrobora la idea de que la depresión interfiere en mayor medida en los procesos controlados que en los automáticos. Esto se debe a que los procesos controlados requieren atención, un esfuerzo continuado y el procesamiento de la información.

Tanto la clínica como los estudios realizados con pacientes depresivos han mostrado que en la depresión hay un déficit atencional. Coincidiendo con estos enunciados en un estudio realizado con 103 pacientes con síndrome depresivo de tipo distímico y publicado en 2005, Harris, P. et. al. encontraron que la evaluación neuropsicológica de estos pacientes muestra trastornos en funciones atencionales y mnésicas con evidencia clara de que la responsabilidad del deterioro de la memoria es producto de la alteración a nivel atencional.

2.5.3 - Somáticos

A - Insomnio / Hipersomnia

El sueño es un estado fisiológico que implica una disminución de la conciencia y una reducción de la respuesta al medio ambiente, reversible, que se acompaña de cambios en múltiples funciones sostiene Pacheco Quesada, G.; Rey de Catro Mujica, J. (2003). Adentrándose en las patologías del sueño los autores explican que el insomnio es la falta anormal de sueño. Tradicionalmente al insomnio, profundizan, se lo ha dividido según su naturaleza en: insomnio de conciliación (dificultad para iniciar o conciliar el sueño), insomnio de mantenimiento (despertares frecuentes o prolongados), despertar temprano (pacientes que se levantan más temprano de lo que quisieran) y sueño no restaurador a pesar de haber dormido un número adecuado de horas.

Muchos pacientes depresivos sufren más de una categoría. La hipersomnia se refiere a un sueño excesivamente prolongado y profundo. Las consecuencias del insomnio, señalan, son el deterioro del rendimiento cotidiano, cansancio, dificultades para concentrarse, problemas de memoria y trastornos en el estado de ánimo, expresan los autores.

Rojtenberg, S. señala que las alteraciones del sueño suelen ser uno de los primeros síntomas del trastorno depresivo.

B - Anorexia y pérdida de peso

En la totalidad de los trastornos afectivos, sean cuáles fueren sus formas clínicas, los problemas de alimentación, por exceso o por defecto, resultan un fenómeno ubicuo. En los trastornos depresivos, se observa una disminución de la ingesta en el 80% de los casos, señala Tenconi, J. (2006).

2.5.4 - Conductuales

A - Inhibición / Agitación

Vallejo Ruiloba (2010) señala que en muchos casos el paciente depresivo se presenta profundamente inhibido , situación que puede agravarse hasta alcanzar el estado estuporoso.

B - Abulia

El rendimiento de la persona con depresión va disminuyendo paulatinamente hasta poder llegar a la abulia y a la apatía total, estado en el cual el sujeto es incapaz de realizar cualquier actividad.

Mazzulla y Gómez (2011) señalan que las personas con depresión tienen dificultad para proyectarse, por lo que su horizonte vital se angosta dramáticamente y la capacidad de planificar se restringe hasta casi desaparecer. Al apagar las expectativas el sujeto clausura las acciones.

C - Llanto

Vallejo Ruiloba (2010) sostiene que el llanto es la expresión del estado de ánimo caracterizado por el pesimismo y la pérdida de la ilusión que tiene la persona que transita una depresión por su familia, su trabajo y un proyecto existencial que él se siente incapaz de alcanzar. El autor describe que el llanto del depresivo es más inmotivado, surge de la esfera de los sentimientos más vitales y no proporciona alivio al sujeto.

D - Aislamiento

El aislamiento que se define como una retirada de otras personas y del mundo puede ser un síntoma relevante en personas que sufren depresión, apunta Tenconi, J. (2006). La tristeza, amplía el autor, invita a un repliegue hacia un intimismo, hacia el yo herido con una consecuente disminución de la interacción con los otros y conductas de desarrolladas en soledad.

La evitación conductual, señalan Mazzulla y Gómez (2011), toma una gran variedad de formas, desde la permanencia en el hogar con el consecuente retiro de las actividades habituales hasta los pensamientos rumiativos, pasando por los modos depresivos de intercambio con los demás. La evitación no sólo impide a las personas deprimidas abordar los problemas que han causado su situación actual y abrir nuevas posibilidades para su vida, sino que las introduce en el círculo vicioso, sostienen las autoras.

2.6 - Modelos etiopatogénicos de la depresión

2.6.1 - Hipótesis serotoninérgica

En cuanto a su etiología, se ha documentado la participación de varios neurotransmisores en la patogénesis de la depresión, sin embargo, la serotonina (5-HT) ha sido la más estudiada debido a que cumple un papel clave en la expresión de varias de las conductas asociadas con este trastorno, señala Rojtenberg, S. (2006).

Esta hipótesis, que comienza a desarrollarse en la década del 60, busca explicar la neurobiología de la depresión basándose en los mecanismos de acción de las primeras drogas antidepressiva. La misma sostiene que la depresión es producto de una deficiencia en la catecolamina norepinefrina (NE), y/o la indolamina serotonina (5HT). Esta formulación, explica el autor, sostiene que las alteraciones bioquímicas de estos sistemas de monoaminas están genéticamente determinados, minimizando así cualquier influencia ambiental posible.

Sin embargo, las limitaciones de esta teoría para explicar la etiología de la depresión, han llevado a los investigadores a continuar buscando nuevos modelos explicativos, concluye Rojtenberg, S. (2006).

2.6.2 - Modelos actuales: Diátesis-Estrés de Nemeroff Plotsky y el Modelo de Álvaro Lista

Modelos más actuales, explica el Dr. Rojtenberg (2006), estudian la depresión como el de diátesis-estrés de Nemeroff y Plotsky y el modelo de Álvaro Lista. Este último, profundiza el autor, explica que diferentes eventos genéticos, psicológicos y ambientales, que producen alteraciones en los genes que regulan las cascadas informativas, conectividad sináptica y neurogénesis, pueden derivar en alteraciones estructurales y funcionales en diferentes sitios del sistema nervioso central.

Ambos modelos incluyen un aspecto ambiental de crianza en períodos críticos postnatales, pero investigado desde el foco biológico, señala Rojtenberg, S.. Así estas hipótesis contemplan los cambios neurobiológicos causados por un trauma vital temprano.

El trauma vital temprano, explican Sadek, N., Nemeroff, Ch. (2000), como el abuso infantil o el descuido del niño en forma de carencia de protección, nutrición o apoyo emocional, provoca alteraciones en tres grandes sistemas en el cerebro: 1) el eje HPA y el sistema CRF, 2) el hipocampo, y 3) el sistema noradrenérgico.

Los autores señalan que estos cambios neurobiológicos han sido comprobados

principalmente en estudios de laboratorio en animales y en estudios clínicos con población con trastorno depresivo. El eje o sistema neuroendócrino hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA), que controla las reacciones ante el estrés, la digestión, el sistema inmune y la conducta sexual entre otros procesos y el sistema CRF, neurotransmisor que se encuentra heterogéneamente distribuido en el sistema nervioso central (SNC), presentan en la depresión alteraciones neurobiológicas, profundizan los autores.

En el hipotálamo, profundizan Sadek, N., Nemeroff, Ch. (2000), el CRF es secretado y luego transportado a la hipófisis anterior, donde estimula la secreción de hormona adrenocorticotrofina (ACTH). La ACTH entra entonces a la circulación periférica y estimula la secreción de cortisol. Un aumento importante del cortisol en este sistema provee de inmediato energía al organismo, y mantienen al individuo alerta, provocando las alteraciones fisiológicas y comportamentales típicas, que se asemejan fuertemente a la respuesta al estrés agudo. El CRF tiene sus neuronas distribuidas por todo el SNC y al activarse frente al estrés no sólo median la respuesta endócrina a través del eje HPA; sino que, también, matizan las reacciones emocionales, a través de las neuronas de la amígdala, y las respuestas cognitivas y comportamentales, a través de las neuronas de CRF corticales.

Las investigaciones han confirmado que el trauma temprano en la vida lleva a cambios persistentes en el sistema SNC-CRF, a saber, a un estado de supersensibilidad, apuntan los investigadores.

Otro sistema afectado, proponen Sadek, N., Nemeroff, Ch. (2000), es el hipocampo, localizado en el lóbulo temporal medial, e involucrado, probablemente, en los trastornos del humor. Algunos desarrollos sostienen que la disfunción del hipocampo subyace a los síntomas vegetativos y los déficit cognitivos.

Una hipótesis es que el trauma temprano produce neurotoxicidad en el hipocampo, lo que lleva a pérdida neuronal y a una disminución en la neurogénesis. Estas alteraciones provocarían una disminución del volumen hipocámpico, sostienen los autores.

El tercer cambio neurobiológico relevante se produce en el sistema noradrenérgico, subrayan Sadek, N., Nemeroff, Ch. (2000).

Los neurotransmisores de este sistema se producen y acumulan en neuronas del SNC que están localizadas principalmente en el locus coeruleus del tronco cerebral, expone Aldana Marcos, H. (2011). El coeruleus produce la mayor parte de las conexiones difusas del cerebro y sus células participan en la regulación de la atención, el despertar, los ciclos de sueño-vigilia, así como en el aprendizaje y la memoria, la ansiedad, el dolor, el humor y el metabolismo cerebral. Los estímulos que activan sus neuronas son los estímulos sensoriales nuevos, inesperados y no dolorosos del entorno. O sea que se podría decir que el locus coeruleus participa en el despertar general del cerebro durante acontecimientos de interés en el mundo exterior aumentando la sensibilidad de las neuronas de la corteza cerebral a los estímulos

sensoriales destacados, afirma el autor.

Sadek, N., Nemeroff, Ch. (2000) exponen que el locus ceruleus, al igual que el CRF, se vuelve hiperactivo luego de un trauma vital temprano. A partir de ese momento se activan mutuamente entre ellos.

En síntesis, todos estos cambios neurobiológicos representan una sensibilización de los circuitos de CRF aun a estrés leve en la edad adulta, llevando a una exagerada respuesta al estrés. Ante el estrés persistente o repetitivo en la adultez, estas vías del estrés, ya sensibles, se tornan hiperactivas, provocando el aumento permanente en el CRF y en la secreción de cortisol, lo que forma la base para el desarrollo de los trastornos del humor y de la ansiedad.

Sadek, N., Nemeroff, Ch. (2000) proponen que el modelo de estrés-diátesis de los trastornos del humor (1998) explica que, en algunos individuos, la depresión puede resultar del interjuego entre los genes de la vulnerabilidad, los genes de la resistencia, y los eventos vitales adversos tempranos.

Sin embargo, estos investigadores reconocen las limitaciones de este modelo para explicar todos los casos de depresión ya que no todos los pacientes deprimidos reportan eventos traumáticos tempranos y tampoco todas las personas deprimidas tienen predisposición genética.

Lista Varela, A. (2008) señala que desde el punto de vista neurobiológico la depresión es la disfunción severa de dos grandes supersistemas neuronales: el sistema de alarma-estrés, que hiperfunciona y el sistema de recompensa, que hipofunciona. La desregulación profunda cerebral de estos sistemas se debe a múltiples causas que se podrían resumir en la interacción de tres campos informativos: el genoma, el epigenoma y el ambientoma.

Para cada persona se darán interacciones singulares de estos tres campos informativos. Profundizando, el autor explica que la depresión es una enfermedad compleja y, por lo tanto, no habrá un solo gen involucrado.

También explica su hipótesis acerca del del epigenoma, o sea al conjunto de compuestos químicos que modifican, o marcan, el genoma de manera que le dice qué hacer, dónde hacerlo y cuándo hacerlo y que aunque no forman parte del ADN pueden ser transmitidas de una célula a otra durante la división celular. En el cerebro humano gran parte de los genes serán modificados en las primeras etapas del desarrollo cerebral en su capacidad regulatoria, generando redes génicas con mayor o menor sensibilidad a la perturbación, sostiene el autor.

Ésto tiene consecuencias funcionales durante toda la vida, afirma.

En relación a la depresión el ejemplo mejor estudiado es la programación epigenómica de genes que producen proteínas claves en la regulación del eje de alarma-estrés. Se ha comprobado, continúa Lista Varela, que el estrés materno durante el desarrollo cerebral

intrauterino produce una hiperexpresión durante toda la vida del gen para CRH, y que el estrés materno postnatal inmediato produce una subexpresión del gen para el receptor glucocorticoideo (RGC). Este receptor une ligandos como el cortisol y otros glucocorticoides y regula genes implicados en el desarrollo, metabolismo y respuesta inmune.

En un cerebro que hiperexpresa la corticotrofina factor (CRF o CRH) y/o subexpresa el RGC, los individuos vivirán toda la vida con una hiperactividad del eje de alarma-estrés, caracterizado por una hiperrespuesta del eje HHA.

En los sujetos con depresión se puede poner de manifiesto un aumento de la concentración de CRH en el líquido cefaloraquídeo (encontrado en estudios postmortem, aumento de cortisol, etc.).

Lista Varela (2008) sostiene que la neuropsiquiatría está comenzando a descifrar los interactomas moleculares intraneuronales de la depresión, o sea las transducciones de señales y las interacciones proteínas-proteínas. Y asegura que ese conocimiento permite explicar la neurobiología de la enfermedad

El autor propone como objetivo una terapéutica biológica personalizada, a través de una polifarmacia racional guiada por los conocimientos de las alteraciones en las redes moleculares de un sujeto en particular.

2.7 - Crítica a la Psiquiatría organicista. La aprehensión de la depresión desde el sufrimiento singular, subjetivo, de profundas raíces inconscientes.

Esta psiquiatría "organicista", señala Braunstein, N. (2013), encuentra ciertos obstáculos. Uno de ellos es que el cerebro está involucrado en todas las actividades del ser humano, pero él no es el productor sino el asiento de procesos que permiten y regulan la relación entre el organismo y el medio ambiente que lo rodea, que es siempre un medio social. El órgano que se aloja en el cráneo, en el que se desarrollan procesos que hacen posible el habla, la memoria, las emociones, todo lo que es subjetivo, no es la causa de la subjetividad sino su sustrato, escenario de ciertos mecanismos que pueden ser conocidos y objetivados.

Devoine, F. (2008) escribe que el joven cerebro está en trance de arrebatar la victoria a la psique. "Se dice que Eros la engaña, a nivel mundial, con el hombre neuronal" (Devoine, F. 2008, p.12).

Muchos profesionales de la salud mental, se aferran a una biología del cerebro por venir que incluya a los efectos de los neurotransmisores (que los hay, pero no son la causa que explica las enfermedades mentales) y a las bases genéticas cuyo conocimiento es inminente, aunque por ahora haya que tener paciencia, sostiene Braunstein (2013).

Cuando las psiques heridas, dice Devoine, se plantan en que lo suyo es una

enfermedad genética, y el autor se pregunta si hay enfermedad que no lo sea, parece que el progreso no da respuesta.

Porque los procesos cerebrales no son la causa de los trastornos, afirma Braunstein, sino los que hacen posible su manifestación sintomática y sobre los que se puede, eventualmente, incidir por medios físicos o químicos. La investigación de parámetros biológicos se sustenta en una esperanza, la de encontrar y objetivar la base natural y material que explique las anomalías de la mente, la personalidad o el comportamiento.

Otro obstáculo en la psiquiatría organicista, es que aún no hay conocimiento de las causas. La ignorancia en materia de etiología ha dado lugar a que las instituciones clasificadoras optaran por eliminar todas las teorías en beneficio de datos observables y registrables, que también faltan y por eso se los genera, por ejemplo a través de un cuestionario autoadministrado que el sujeto debe tildar, afirma Braunstein (2013).

En el mismo sentido, Frances, A (2013) explica que dado que no existen pruebas biológicas y definiciones claras que distingan la normalidad de los trastornos mentales en la diagnosis psiquiátrica todo depende de juicios subjetivos fácilmente influenciados por la inflamación diagnóstica que inventa la medicina.

Freud y Lacan fueron médicos que se formaron en el campo de las enfermedades mentales. Pero, señala Braunstein (2013), ambos acabaron por entender y manifestar que hay sufrimiento en la gran mayoría de los sujetos y que cada uno sufre a su manera singular y única por lo que cada caso debía estudiarse en su particularidad, dejando en un claro segundo plano el saber general sobre situaciones parecidas y olvidando los diagnósticos.

Desde esta misma perspectiva de lo subjetivo dice García Badaracco (2000) que la psiquiatría, que se vale fundamentalmente de la psicofarmacología, deja de lado el encuentro humano y la comprensión profunda y dinámica de lo que le sucede a un paciente y su familia olvidando que la melancolía, como las otras enfermedades mentales, cursan bajo el signo de una necesidad de un otro mucho más acuciante que la que puede verse en individuos que no están atravesando esa enfermedad. García Badaracco (2009) sostiene que el progreso en el conocimiento de los componentes biológicos de la enfermedad mental y el desarrollo concomitante de la psicofarmacología, es extraordinario y no debe soslayarse. Pero, sostiene, que es cada vez más claro que los psicofármacos por sí mismos no pueden suplantar nunca las necesidades del ser humano cuando se encuentra en una condición de sufrimiento psíquico y de indefensión, porque la necesidad de un "otro" - sea la madre, el padre, un maestro, un psicoanalista - es inherente a la condición humana.

Es en la relación del sujeto (el sujeto del inconsciente) con el Otro donde se encuentran las causas del acuerdo o desviación respecto de la norma que no está en el cerebro sino en la estructura social, económica, antropológica, política, etc., que son las "circunstancias", eso que rodea y condiciona al cerebro meganeuronal, afirma Braunstein, N. (2013).

CAPÍTULO 3: DEPRESIÓN, PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

Este apartado pretende, sin perseguir una exégesis exhaustiva del tema en la literatura psicoanalítica, destacar aportes relevantes que han contribuido de manera significativa a comprender la depresión intentando proponer posibles convergencias de modo de aprehender este síndrome desde una mirada psicoanalítica amplia.

3.1- Karl Abraham

Karl Abraham en 1911 publica "Bases para la exploración y el tratamiento psicoanalítico de las psicosis maníaco depresivas y estados análogos" e inicia la indagación psicoanalítica de la depresión. El autor sostiene en este trabajo que la depresión está tan difundida en todas las formas de neurosis y psicosis como la angustia. En este libro ya hace hincapié en la relación ambivalente intensa, de mezcla de amor y odio, con el objeto cuya pérdida desencadena la depresión. Esta ambivalencia, producto del amor intenso al objeto y de los desengaños amorosos que el objeto produce sobre el sujeto en etapas tempranas de su desarrollo libidinal, es una circunstancia de la que el sujeto nada quiere saber, no transcurre en su conciencia.

La necesidad infantil de aceptar a la madre y sus derivados, explica Abraham, obliga al niño a no darse cuenta de las frustraciones reales que el objeto le produce y por ello realiza inconscientemente la reparación afectiva.

Esta reparación implica, por un lado, que la percepción interna de su odio sea reprimida y proyectada al exterior, produciéndole así al sujeto una sensación de no ser amado, sino odiado. Por otro lado, salvar al objeto agresivo, introyectándolo en su yo.

Ambos mecanismos inconscientes de reparación no son sin consecuencias.

La percepción de ser odiado provoca sentimientos de inferioridad que favorecen la formación del estado depresivo y el sujeto tiene ideas tales como: "la gente no me quiere, me odia... por mis defectos". En esta idea se basa el autor para proponer que la depresión ocurre por un sentimiento de culpabilidad ante el propio sadismo, que el enfermo desea suprimir a toda costa.

Las graves ofensas al narcisismo del sujeto cometidas por este objeto exterior llevan al sujeto a tener que abandonar sus relaciones libidinales con el objeto, pero el sujeto lo hace mediante una identificación en el yo con el objeto por amor a dicho objeto.

De igual modo lo entiende Freud (1915) cuando en "Duelo y Melancolía" escribe que "la sombra del objeto cae sobre el yo".

Entonces, esta pérdida de objeto, se trata de una pérdida que no ha ocurrido en la realidad exterior sino sólo en el psiquismo del sujeto que, por un grave desengaño provocado por el objeto, se ha visto obligado a romper sus conexiones psíquicas con esa persona muy querida y al mismo tiempo reprimir su agresividad y rescatar amorosamente a ese objeto devorándolo, explica Abraham.

Pero, señala Garma, A. (1971) explicando los desarrollos de Abraham, no cualquier sujeto realiza esta complicada elaboración psíquica. Para que ello sea posible son necesarias ciertas condiciones libidinales previas. El autor las expone: una fijación muy intensa al objeto causante de las afrentas y , al mismo tiempo, una relación libidinal que ha tenido que ser muy lábil. Esta doble condición contradictoria sólo puede darse cuando la elección de objeto se hace sobre una base narcisística, afirma Garma, A., concordando con lo que Abraham y Freud expusieron acerca del tema. Entonces el objeto tiene toda la gran importancia que el sujeto se da a sí mismo, pero la unión libidinal con él puede ser retrotraída fácilmente dentro del yo, ya que yo y objeto son muy parecidos entre sí. En lugar de querer u odiar al objeto, el sujeto puede hacerlo consigo mismo, concluye Garma.

En 1924 en "Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales" Karl Abraham profundiza sus conceptos acerca de la etapa oral y canibalística, a partir de las organizaciones pregenitales de la libido expuestas por Freud en "Tres disertaciones sobre una teoría sexual" en 1916. El autor, apoyado en un amplio material clínico, propone una hipótesis sobre la psicogénesis de la melancolía alrededor de dos factores: una acentuación constitucional del erotismo oral, que provoca la fijación del sujeto en el estadio libidinal oraldigestivo, y el desfallecimiento demasiado precoz que interrumpe el curso de la resolución del complejo de Edipo, y que provoca una herida grave del narcisismo infantil y un fortalecimiento complementario del erotismo oral. Esta injuria severa al narcisismo infantil es producida por sucesivos desengaños amorosos por parte de un objeto primordial y crea en el sujeto la tendencia compulsiva a su repetición, manteniéndose, por lo tanto, la actitud ambivalente frente al objeto. En esta relación ambivalente, que transcurre en el inconsciente, el odio del sujeto busca la destrucción del objeto y el amor busca conservarlo.

El autor establece que en la melancolía la expulsión del objeto se produce al modo anal (como si fueran heces) producto de una fijación a la primera etapa sádicoanal de la libido. Es a causa de las tendencias oraldigestivas a devorar el objeto que pronto esta posición anal es abandonada por otra más primitiva que influye en el modo en que el objeto será incorporado. Se produce una regresión hasta un narcisismo primitivo y para no perder al objeto se lo introyecta y devora. El objeto es introyectado en el Yo del melancólico y ahora será el Yo el que tendrá que someterse a la ambivalencia de sus impulsos.

La existencia de un primer desengaño amoroso con anterioridad a la época en que se logran vencer los deseos edípicos provoca que se establezca una unión o asociación

permanente entre el complejo de Edipo y los impulsos oral-canibalísticos, explica Abraham.

El factor desencadenante de la melancolía, hipotetiza el autor, es la repetición de la decepción primaria, en tanto esos desengaños ulteriores en la vida del sujeto adquieren su importancia patológica por significar para el melancólico la repetición de ese desengaño primario. La repetición provoca el desencadenamiento del mecanismo melancólico.

La melancolía se comprende psicológicamente por este doble proceso, explica Garma, A. (1971), adhiriendo a las hipótesis de Abraham y de Freud, es un proceso de duelo provocado por la pérdida de las relaciones afectivas con un objeto y es también un proceso de regresión hasta un narcisismo primitivo que se efectúa llevando consigo el sujeto la sombra de su objeto.

3.2- Sigmund Freud

El trabajo central sobre el tema lo escribe Freud en 1915 bajo el título de "Duelo y melancolía". En este texto Freud hace un estudio semiológico, psicopatológico y metapsicológico de dos funciones distintas: el duelo, operación habitual y saludable del psiquismo y la melancolía, caracterizada por un procesamiento patológico. Ambas funciones desencadenadas por la misma influencia, una pérdida significativa.

Freud justifica esta comparación explicando que tanto en una como en la otra se presentan las mismas condiciones que describe con los siguientes términos: " dolor, pérdida de interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amor o de elegir un nuevo objeto de amor e inhibición de toda actividad productiva".

Sin embargo, señala el autor, en la melancolía se observa una característica más que no está presente en el duelo es la perturbación del sentimiento de sí, que Freud define como la expresión del "grandor del yo". El melancólico describe a su yo como indigno, estéril y moralmente despreciable.

Esta rebaja del sentimiento de sí, continúa el autor, se exterioriza en autoreproches y autodenigraciones que muchas veces se extreman hasta una delirante expectativa de castigo. Con respecto a estos autorreproches Freud señala una característica de los mismos que le permite desarrollar aspectos de su hipótesis metapsicológica sobre la depresión. El autor señala que muchas de esas críticas se ajustan más a otra persona a quien el enfermo ama, ha amado o amaría, que a su propia persona. O sea, que sus quejas y sus dichos rebajantes se dicen de otro y no de él mismo, a pesar de que en la expresión verbal el sujeto hable de su yo.

Otra clara diferencia que señala Freud es que, si bien la inhibición y angostamiento del yo se presentan en ambos casos, en el duelo la conducta tiene para el propio sujeto y para los demás una clara explicación: la realidad muestra que el objeto amado no existe más, mientras que en la melancolía la inhibición y el angostamiento impresionan como enigmáticas. Esto se

debe, expone el autor, a que en la melancolía el sujeto no atina a discernir qué se perdió, no es conciente de qué es lo que ha perdido. En esos casos el enfermo sabe a quién perdió, pero no lo que perdió con él.

Desde el punto de vista psicodinámico y metapsicológico Freud sostiene que son necesarias ciertas condiciones libidinales previas para que se produzca este trastorno que implica una complicada elaboración psíquica. Señala que una condición necesaria es que la elección de objeto sea una relación predominantemente narcisista y, simultáneamente, con una ligadura de la libido poco resistente a una persona amada cuya pérdida es causa de la depresión. De este modo el sujeto tiene con ese objeto una relación ambivalente. La ambivalencia constitucional pertenece en sí y por sí a lo reprimido, apunta Freud, por eso las batallas entre el odio procurando desatar la libido del objeto y el amor pugnando por salvar esa posición libidinal, se producen en el inconciente. La conciencia, por lo tanto, nada sabe de esta ambivalencia hasta que se desencadena la melancolía cuando la investidura libidinal abandona ese objeto. Esta libido poco resistente, que fue sacudida por una afrenta real o un desengaño por parte de esa persona amada, no es retirada por el Yo de ese objeto y desplazada a otro objeto, sino que la libido se retira sobre el Yo, explica Freud. Entonces sostiene que la sombra del objeto cae sobre el yo, quien, "en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado." Y el vínculo ambivalente que se tenía originariamente con el objeto se recrea dentro del yo.

Para explicar estas particulares circunstancias el autor, que para la época en la que escribe este texto sostiene su primera tópica del psiquismo, explica que el Yo (que está integrado por la conciencia moral, la censura de la conciencia y el examen de realidad) en el melancólico está escindido. Su hipótesis es que la instancia crítica (conciencia moral) se escinde del Yo y toma al resto del Yo como objeto de crítica. Así la pérdida de objeto es vivida como pérdida del yo. Tras esta regresión el proceso puede devenir conciente y se representa ante la conciencia como un conflicto entre una parte del yo y la instancia crítica. Winograd, R. (2005) expone que en esta explicación metapsicológica Freud establece que la pugna entre dos componentes, introducidos en el sujeto ante las resultantes regresivas de la pérdida, implican un sistema de ataque entre el ideal y el yo.

Este proceso psíquico, expone Garma, A. (1971) siguiendo la idea freudiana, puede describirse del siguiente modo: por la ofensa, engaño o decepción de un objeto exterior, el sujeto se siente obligado a abandonar sus relaciones libidinales con él, lo que efectúa mediante una identificación en el yo con dicho objeto. El yo del melancólico procura igualarse al objeto. Al caer la sombra del objeto sobre el yo, expone Freud (1915), también el conflicto entre el yo y la persona amada se muda a la autocrítica producto de la escisión del yo crítico y el yo alterado por la identificación. Por ello, recibe el sujeto sus propios reproches que primitivamente hubiera dirigido al objeto. De este modo, el melancólico, por intermedio de su condición de enfermo,

busca martirizar a sus objetos originarios y la autopunición es un rodeo para querellarlos, explica Freud. Así la enfermedad le permite al sujeto evitar mostrar su hostilidad directamente y por medio de los autorreproches tramitar el duelo por el objeto.

Garma, A. (1971) propone que, cuando Freud dice que el enfermo sabe a quién perdió, pero no lo que perdió con él, se trata de, en palabras de Freud, de una "pérdida de objeto sustraída a la conciencia". Esto significa que, como ha demostrado la investigación psicoanalítica, que la pérdida ha ocurrido en el psiquismo del sujeto, quien ante el desengaño del objeto se ha visto obligado a romper las conexiones psíquicas con él.

Por eso, señala Freud, S. (1915), la inhibición y angostamiento del yo que en el duelo tienen para el propio sujeto y para los demás la clara explicación de la muerte del ser amado, en la melancolía impresionan como enigmáticas.

Es relevante señalar que más tarde Freud elabora su segunda tópica del psiquismo. En su obra "El yo y el ello", publicada en 1923, identifica el superyó y el ideal del yo; y, en la Conferencia XXI de "Nuevas aportaciones al psicoanálisis", publicada en 1933, atribuye al superyó la función de autoobservación, la determinación de la conciencia moral y el establecimiento del ideal.

Lo explica con claridad Garma, A. (1971) cuando escribe que el superyó es una instancia psíquica que realiza tres diferentes funciones: la autoobservación, la crítica de los propios actos y presentar al sujeto la imagen ideal a la que debe parecerse, o sea el ideal del yo. Y reafirma el sentimiento de culpa como resultante de la fuerte tensión entre el yo y el superyó y postula que el superyó del melancólico es de una severidad extrema.

Sigmund Freud (1915), además de ofrecer un modelo de funcionamiento psíquico que aporta y se destaca entre los modelos explicativos de la problemática depresiva, en el texto "Duelo y melancolía" realiza otros aportes relevantes para la comprensión del procesamiento psíquico de las pérdidas.

Entre ellos, Winograd, R. (2005) rescata la noción de trabajo o proceso psíquico. Este concepto, escribe el autor, supone un movimiento en la interioridad del psiquismo y sus sistemas relacionales a lo largo de la temporalidad subjetiva. Compartiendo el criterio, Laplanche dice que el duelo es un verdadero análisis: de lo que se trata es de desanudar, disolver, desligar, deshacer.

Porque, como escribe Hornstein, L. (2011), el duelo no sólo designa el estado psíquico ante una pérdida, sino también, un tipo de trabajo psíquico y sus modificaciones subjetivas. Este trabajo, completa el autor, se realiza progresivamente a partir de una pérdida o decepción (ante otro, un logro, una posición subjetiva) y se caracteriza por las tramitaciones psíquicas que se realizan.

En el mismo sentido, Kononovich de Kancyper, J. (2006) sostiene que todo sujeto está expuesto a la asunción de inevitables duelos, que no se limitan a la pérdida de un ser amado, y

que estos acontecimientos demandan al psiquismo un trabajo extra. Así lo describe Freud (1915) cuando sostiene que en el duelo, trabajo arduo, lento, doloroso y ligado a la pérdida, el sujeto debe conseguir retirar sus cargas libidinales, o sea sus afectos, de las diversas representaciones intrapsíquicas del objeto perdido.

El trabajo psíquico del duelo contribuye a la constitución y producción de la subjetividad, ya que no hay futuro psíquico posible sin tramitación de ciertas pérdidas, afirma Hornstein, L. (2011). El duelo, enfatiza, es el prototipo de toda transformación.

La otra consideración que aporta Freud en este texto y que Winograd, R. (2005) elige destacar por su relevancia es la noción de narcisismo. Esta noción, señala Winograd, es el núcleo central de la explicación psicoanalítica de la temática depresiva.

Narcisismo, define Faimberg, H. (1996), es el amor que el yo se dirige a sí mismo y hacia los objetos basado en la ilusión de que él es el centro y el amo del mundo. Este amor infiltra al yo, que se ama como objeto, y este amor, como esta ilusión, se relaciona con la constitución misma del Yo.

La identificación narcisista, que es la constitutiva del sujeto, sostiene Freud, es la más originaria y es el primer modo, ambivalente en su expresión, como el yo distingue a un objeto. Ambivalente porque la identificación aspira a conformar al propio Yo análogamente al otro yo que es tomado como modelo.

El narcisismo, afirma Faimberg, H. (1996), en su propia afirmación ilusoria, implica una contradicción, en el sentido de que al mismo tiempo que necesita al otro para afirmarse, se declara autosuficiente.

Hornstein, L. (2011) explica, retomando a Freud, que en las relaciones narcisistas se proyecta sobre el otro una imagen de sí mismo, de lo que se ha sido, de lo que se querría ser o lo que fueron las figuras idealizadas. Ya que el narcisismo necesita del otro, inicialmente del padre y la madre. Los otros, amplía el autor, cumplirán diversas funciones para el sujeto: balance narcisista, sentimiento de seguridad y protección, compensación de déficit, neutralización de angustias, realización transaccional de deseo. El vínculo narcisista, afirma el autor, se caracteriza, entonces, por buscar un ideal o proyectar excesivamente problemáticas yoicas.

Freud (1919) dice que en el amor narcisista la víctima queda enajenada del objeto real de amor dado que el sujeto otorga mayor peso a la realidad psíquica que a la realidad material. En este tipo de relaciones, expone Faimberg, H. (1996), no se tolera nada del objeto que no le produzca placer. En esto reside esencialmente su narcisismo.

Esta afirmación de Faimberg, H. (1996) se puede comprender desde la explicación que hace Freud (1915) de los diferentes momentos que le permiten al sujeto tomar distancia del objeto en su texto "Pulsiones y destinos de pulsión". Según la lógica del narcisismo regulada por el principio del placer/displacer, se establece que el yo es el equivalente del placer y el no-

yo equivalente del displacer. Esto significa que cuando el sujeto experimente displacer tenderá a atribuirlo a un no-yo.

3.3 - Donald Winnicott

Winnicott, D. (1963) en "Los casos de enfermedad mental" refiere que la palabra depresión ocupa un vasto lugar, ubicándose entre las esquizofrenias y las psiconeurosis tanto nosográficamente como respecto de los puntos de fijación que las generan. Para este autor durante el primer período del desarrollo psíquico temprano, no existe diferenciación entre sujeto y objeto. En realidad, el objeto es creado en forma omnipotente e ilusoria por el bebé de acuerdo con sus necesidades básicas y con satisfacción de éstas con colaboración de objeto real.

En la misma presentación, Winnicott, D. (1963), escribe que el conflicto ante la pérdida del objeto tiene que ver con la tarea personal de asimilar los propios impulsos de agresión y destrucción. Dado que los impulsos destructivos acompañan al amor en la relación de una persona amada, ante su muerte el sentimiento de responsabilidad personal por ese descenso es propio del proceso de aflicción dentro del individuo. La depresión se forma con arreglo a ese patrón, sostiene el autor, que en la aflicción se hace más evidente, la diferencia estriba en que en la depresión existe un mayor grado de depresión y los procesos tienen lugar en un nivel que es más inconsciente que en la aflicción.

Panceira, A. (1997), retomando a Winnicott, señala que las necesidades libidinales agresivas son derivadas de la movilidad primaria, vitalidad con la que están dotados los tejidos, que requiere de un objeto real de oposición para descargarse.

Las pulsiones agresivas, explica Winnicott, D. (1963), que juegan un papel esencial en el descubrimiento de la realidad externa, necesitan de objetos que no sólo sean reales, sensibles y vivos sino que resistan la destrucción intencional (secundaria y derivada de la primaria no intencional). Es en la segunda parte del primer año de vida del niño en la que la agresividad permite la creación paulatina de espacios diferenciados. Por ello es esencial que una madre "suficientemente buena" que tolere la agresión, que no responda a ella y pueda recibir los gestos reparatorios del bebé. Estos comportamientos ayudan a aumentar la confianza en el niño de su actitud reparatoria y a desarrollar en él el sentimiento de inquietud y no el sentimiento de culpa. El sentimiento de inquietud enfrenta al pequeño con el daño ya hecho y sus posibilidades de repararlo, en tanto la culpa enfrenta al niño con daños irreparables experimentando una relación insegura con el objeto. Para Winnicott, entonces, las bases de la personalidad depresiva se asientan en las experiencias decepcionantes y críticas reiteradas en este período de la vida.

Winograd, R. (2005) destaca que el aporte más relevante de Donald Winnicott a la

temática depresiva es la que le atribuye especial alcance al contexto familiar. La importancia de los padres depresivos en el desarrollo psíquico de sus hijos no implica, para Winnicott, la existencia de una asimilación o identidad absoluta, pero constituye una red de influencias comunicativas y vinculares muy presente (a través de, por ejemplo, sutiles descalificaciones) en los sufrimientos de algunas personas. Esta temática familiar que este destacado psicoanalista enfatiza en sus escritos, se encuentra jerarquizada en la mayoría de los autores contemporáneos, subraya Winograd.

3.4 - Jorge García Badaracco

Losso, R. (2001) sostiene que el psicoanálisis nace como un método de tratamiento de individuos (siguiendo en esto a la tradición médica) y Freud elabora la mayor parte de sus teorías en términos de estructuras intrapsíquicas. Sin embargo, advierte el autor, el psicoanálisis es también el que descubre y señala que el sujeto es inconcebible sin la existencia de los otros. El desarrollo de la teoría del narcisismo es uno de los primeros que le permiten a Freud introducir la intersubjetividad en su arsenal teórico.

Jorge García Badaracco (1924-2010), que desarrolla una perspectiva interrelacional profundizando la intersubjetividad que ya había bosquejado Freud, propone hipótesis complementarias al planteo freudiano acerca de la melancolía desde esta perspectiva.

Este psiquiatra psicoanalista (1996) afirma que la perspectiva interrelacional permite pensar mejor las vicisitudes del duelo y el duelo patológico porque ambos procesos tienen que ver, principalmente, con el modo y las múltiples formas de la presencia de los otros en nosotros. Sostiene, retomando a Freud, que la depresión es una reacción ante la pérdida de objeto. Para comprender por qué se dificulta y complejiza el proceso de duelo pasando a ser un duelo patológico, es posible pensar en que la pérdida de del objeto determina una situación traumática de abandono para el sujeto, propone García Badaracco (1996). Para comprender la condición traumática de la pérdida, condición de producción de la depresión, se debe considerar, fundamentalmente, la profundidad de la indefensión del yo del sujeto desprovisto del aporte erótico y de sostén que le proveía el objeto perdido, advierte el autor. Esta indefensión es producto de una historia de relación de interdependencia patógena con el objeto previa a la pérdida del mismo.

García Badaracco (1989; 2000) denomina interdependencia patógena al modo vincular dependiente recíprocamente, que es enfermo y, a la vez, enfermante, que se establecen con aquellas personas que amamos, justamente por el amor mismo, y que tienen origen en la dependencia antigua por indefensión del bebé. El bebé, profundiza el autor, que por su indefensión necesita ser amado por sus cuidadores, captaría tempranamente las carencias parentales, identificándose entonces con aspectos patológicos de dichos objetos que se han

estructurado en forma de falso self, y que han detenido el crecimiento de su propio self verdadero. Al no poder realizar experiencias formativas y estructurantes con esos objetos, que le permitan ir logrando el establecimiento de recursos yoicos genuinos, el bebé incorpora y reincorpora vínculos frustrantes de característica sado-masoquista que, paulatinamente, se congelarán como modalidad estable vincular, con los progenitores, inicialmente, y, luego, con los otros. Entonces la interdependencia patógena es una manera de funcionamiento mental descrita como simbiosis patológica y relación narcisista de objeto. La consecuencia de una relación con el objeto estructurante deficitaria, que no permite el desarrollo de recursos propios, fuerza identificaciones patógenas y mantiene una condición previa precaria, es la imposibilidad que tiene el sujeto de hacer o elaborar el duelo ante la pérdida del objeto por falta de recursos yoicos. Es decir que la sombra del objeto estuvo siempre en el yo. García Badaracco (1996) propone que esta idea es la interpretación pertinente a la frase de Freud (1917) "la sombra del objeto cae sobre el yo". La pérdida de objeto pone de manifiesto, en la melancolía, la condición profundamente carencial del sujeto, subraya el autor (1996).

Este modelo psicopatológico propone que lo que se pierde en el sujeto es el objeto o ideal que realimenta o calma una necesidad básica del sujeto que él no puede llenar por sí mismo por la carencia de recursos yoicos de la condición de su yo, armado sobre identificaciones patógenas y no sobre desarrollos de recursos propios en vínculos estructurantes sanos. Esta hipótesis explica la descripción freudiana que sostiene que en la melancolía la pérdida de objeto es de algún modo una pérdida sustraída a la conciencia porque el sujeto sabe a quién perdió, pero no sabe qué perdió en él. Ante el vacío que ha dejado en el yo del sujeto la pérdida del objeto, que realimentaba sus carencias manteniendo la interdependencia recíproca, el sujeto se ve obligado a recurrir a la identificación para poder reconstruir desde allí la relación objetal.

Freud (1915) sostiene en "Duelo y Melancolía" que el yo no es una organización indivisa. García Badaracco, J. (1996) recoge este concepto freudiano y, en el mismo sentido, propone que el yo está constituido por relaciones de interdependencia recíproca del sí-mismo con otros introyectados a través de la historia personal del sujeto y que van constituyendo la mente. En la melancolía, propone el autor, el yo intenta, a través de la identificación con el objeto enloquecedor perdido, reconstruir los vínculos sadomasoquistas con el objeto por la imposibilidad de tolerar el vacío y la indefensión. De tal manera que los autoreproches y autodenigraciones, que una parte escindida del yo e identificada con el objeto patógeno le hace al self genuino del sujeto, son formas de escenificar, o sea de actuar en el sentido de acting, una relación sadomasoquista que no es agradable, pero que llena ese vacío, sostiene el autor. En esta relación el sujeto actúa activamente lo que sufriera pasivamente antes. Así el desacimiento del objeto parece imposible, afirma García Badaracco, J. (1996). porque dicho objeto es vivido por el sujeto como sumamente necesitado e imprescindible para la vida del

sujeto.

García Badaracco, J. (2009) propone que los procesos de desidentificación se pueden elaborar dentro del vínculo estructurante con el analista. Es en las vicisitudes de la transferencia y la contratransferencia, afirma el autor, que se pueden dar procesos de "desgaste" de las identificaciones patógenas, abrirse espacios mentales que incluyan cada vez más cambios y desarrollo de nuevos recursos yicos genuinos para hacer posible elaborar el duelo.

3.5- Hugo Bleichmar

Bleichmar, H. (1984, 2003) retoma a Freud y sostiene que la depresión es la reacción del sujeto a la pérdida de un objeto real o imaginario. La especificidad de esa reacción es el estado depresivo, expone el autor.

En "Inhibición, síntoma y angustia" Freud (1926) sostiene que la "insatisfacible carga de anhelo" es un rasgo distintivo de la depresión. La expresión "carga de anhelo", propone Bleichmar, indica que la pérdida de objeto es acompañada por la persistencia de un deseo intenso por ese objeto perdido y, al mismo tiempo, por la vivencia (como estructura cognitivo-afectiva) de que este deseo es irrealizable. En esta estructura cognitivo-afectiva, afirma este psicoanalista, se encuentra la esencia, el denominador común de la diversidad de cuadros que abarca el diagnóstico de depresión. Junto a la representación-sentimiento de irrealizabilidad del deseo se halla la representación que la persona tiene de sí misma de encontrarse sin poder (o sea impotente, indefenso) para modificar el estado de cosas, el sujeto no puede impedir seguir deseando el deseo ni lograr satisfacerlo.

De modo que el estado depresivo, que caracteriza a la reacción a la pérdida de objeto, tiene como núcleo constitutivo tres componentes: el sentimiento de impotencia/indefensión y de desesperanza para recuperar el objeto perdido, la representación que la persona tiene de sí como sin poder y el correspondiente afecto depresivo, desarrolla Bleichmar, H. (2003). Este es el núcleo de cualquier tipo de depresión, propone el autor.

El deseo al que se está intensamente fijado, sostiene, puede ser diverso: deseo de apego (es decir de presencia física del objeto), deseo de sentirse seguro, deseos relacionados con el bienestar del objeto, deseos narcisistas de omnipotencia o de identificación con un self ideal, deseos de dominar los impulsos y tener control sobre la propia mente, etc. Lo que se desea, de manera primordial, propone el autor, es el amor del superyó que deriva de las primitivas satisfacciones corporales.

Bleichmar, H. (1984) fundamenta esta idea explicando que, una vez instalada la evocación de la vivencia de satisfacción que se genera a partir de una tensión biológica, se separa la libido de conservación de la libido sexual en la medida que el goce erógeno nunca es

satisfecho totalmente. Entonces el deseo es inagotable. Ya no será necesaria la tensión biológica para evocar esa huella mnémica, sino que será esa misma huella capaz de generar un estado de tensión como tendencia a la misma. En esa experiencia de satisfacción la mirada de la madre, por coincidencia temporal, se carga de goce erógeno, de modo que esa mirada despierta vivencias placenteras equivalentes a las del pecho materno. Así el deseo deja de tener un objeto concreto, es deseo de amor de ese personaje. Este orden de acontecimientos, señala Bleichmar (1984), permite concluir que el deseo es el deseo del otro. Lo que se desea es el amor, la aprobación del otro. Cuando el otro es interiorizado y los deseos del personaje significativo se convierten en ideales que el sujeto aspira a satisfacer, el objeto al cual se demanda ahora amor es parte del propio sujeto, que en calidad del Superyó lo puede amar o reprobar. De modo que la pérdida de cualquiera de estos objetos libidinales pueden desencadenar la sintomatología depresiva.

Entender la depresión de este modo, explica Bleichmar, H. (2003), permite abarcar las variantes fenoménicas de la depresión. Ya no será relevante que estén presentes todos los síntomas que a la depresión se adjudican, enfatiza el autor. Los síntomas como el llanto, los autorreproches, la inhibición, la ira, etc., son los intentos que realiza el sujeto para salir de ese estado depresivo, propone el psicoanalista. Los síntomas que en cada caso de depresión aparezcan sumados al estado depresivo permitirán hablar del trastorno clínico depresivo.

En cuanto a la psicogénesis de los cuadros depresivos Bleichmar objeta cualquier teoría que intente establecer en forma rígida momentos de la evolución del sujeto en que se producirían acontecimientos predisponentes de la depresión. Los factores que predisponen a la depresión: elevado ideal narcisista, la imagen de sí desvalorizada y la agresividad de la conciencia crítica no tienen una etapa determinada en que se construyen, sostiene el autor, sino que poseen un desarrollo de estructuración y reestructuración.

El modelo psicógeno que propone Bleichmar es que la estructuración psicológica o estructuración de funcionamiento, que no son simples contenidos, sino que por tratarse de estructuras de funcionamiento que se autonomizan de la situación original fundante y permiten la producción de lo mismo siempre aunque cambie el contenido, es determinante de la depresión. Los caminos o estructuras de funcionamiento que pueden llevar al estado depresivo, plantea Bleichmar, H. (1984) son diversos. El autor sostiene que estos caminos pueden ser: la fijación a experiencias traumáticas de indefensión (pérdida de objeto, abuso, enfermedad, etc.), la identificación con padres depresivos o con la imagen de sí que devuelven padres paranoicos, trastornos narcisistas previos a la depresión (lo que implica déficit de recursos yoicos) y la agresividad que conlleva la culpa, que da lugar al masoquismo.

La fijación a experiencias, implica experiencias traumáticas. Las mismas son captadas a través de las fantasías y estados internos del sujeto. Sin embargo no surgen exclusivamente como creación intrapsíquica, sino que están sujetas a discursos parentales (concientes e

inconscientes), a sus conductas y a todas las vicisitudes que propone la realidad externa. Existen situaciones en que la realidad externa es central en crear sentimientos de impotencia/indefensión y desesperanza. Situaciones de pérdida temprana de figuras parentales, situaciones de abandono, circunstancias de sometimiento prolongado a figuras patológicas y tiránicas, etc. Circunstancias que mellan el sentimiento de valía de sí, señala el autor, pueden ser inscriptas en la mente como un sentimiento de que nada puede hacerse frente a la realidad. Este tipo de experiencias pueden predisponer a la persona a la reemergencia del estado depresivo cuando las circunstancias vitales confrontan con condiciones que evocan estados previos de impotencia/indefensión, propone el autor.

En cuanto al camino de la identificación con padres depresivos, la idea que Bleichmar, H. (1984) acentúa es que la representación valorativa de sí es construida en la intersubjetividad, sobre todo la que existe entre el sujeto y los personajes importantes de su infancia. Como el niño por prematuración tiene dependencia absoluta del otro significativo, se constituye por identificación con el otro. El Yo se constituye y se mantiene por la identificación con la imagen del otro. En un doble sentido: identificación con la imagen que el otro tiene de sí mismo e identificación con la imagen que el otro tiene del sujeto. El yo del narcisismo que se trata de una ilusión pues es la representación del otro, es estructurado en el seno mismo de la situación edípica y en ese contexto la perfección queda connotada como triunfo sobre el rival. Sin embargo, aclara Bleichmar, el otro no es sólo fundante del yo-representación y de la identidad. Para que éstos se mantengan es necesario que haya otro que los acepte. Esa representación de sí integra siempre valoraciones que varían según la cultura y la microcultura que es la familia. Si la imagen que le viene del otro es una imagen valorada, el niño pasa a valorarse. La identificación permite también el camino de que la hiperestimación de sí mismo por parte del niño pueda surgir por identificación con figuras que se hiperestiman. El yo que el sujeto toma como objeto de amor es una representación. Así mismo, que la imagen que alguien tiene de sí venga del otro permite explicar los casos en los que el sujeto se constituye como desvalorizado frente a padres que se ven a sí mismos como desprovistos de valor (hijos de padres melancólicos) y también aquellos casos en los que los padres son desvalorizantes (hijos melancólicos con padres paranoicos).

Sobre la depresión debida a un trastorno narcisista previo, Bleichmar, H. (2003) puntualiza que en psicoanálisis dos condiciones diferentes reciben el nombre de trastorno narcisista. Una se caracteriza por baja autoestima o con una dificultad para mantener una representación valiosa de sí mismo (Kohut, 1971). La otra condición se refiere a personas omnipotentes con incapacidad para depender de otras, que atacan y denigran a sus objetos, que tienen una fusión defensiva entre la representación de sí mismo, el self ideal y el objeto ideal, descrita por Kenberg en 1975. El camino que conduce a la depresión a partir de estos dos tipos de trastorno narcisista es muy distinto.

En el tipo de trastorno narcisista, con pobre representación de sí mismo, la depresión se origina directamente como un profundo y persistente sentimiento de impotencia, de ser incapaz de satisfacer deseos y de enfrentarse a la realidad con éxito.

En el tipo de trastorno narcisista caracterizado por la omnipotencia la depresión surge en los momentos en los que el sujeto sufre un colapso narcisista después de haber negado sus limitaciones y desatendido la realidad. El yo ideal está constituido por las atribuciones de máximo valor que varían según la cultura y la microcultura que es la familia. Y a este yo ideal se opone su negativo, que reúne todas las características de menor valor. EL yo es ideal en doble sentido: en tanto perfecto, anhelado de ser como él; y en tanto ilusorio. Bleichmar, H. (1984) sostiene que, en la medida que el apartamiento de la identificación del yo con el yo ideal de perfección se vive como la caída en la identificación con el negativo del yo ideal (no valer nada), se produce el colapso narcisista. Estas personas, explica el autor, funcionan con una lógica binaria dentro de la cual sólo existen dos posiciones y con una lógica de rasgo único prevalente.

En cuanto al factor agresión como propiciador de la depresión, Bleichmar, H. (1984) aclara que no hay acuerdo dentro del psicoanálisis con respecto al tema. Propone entonces, centrarse en las consecuencias de la agresión dirigida a la representación interna del objeto. Este objeto puede ser una "posesión narcisista" (una casa, una esposa, un amigo, etc.). En estos casos el juicio de valor hecho sobre estos objetos, sea positivo o negativo, es trasladado al propio sujeto por un proceso de identificación parcial. Puede también tratarse de un objeto que actúe como objeto de la actividad narcisista. Es el objeto que le permite al sujeto realizar una actividad que le proporciona valoración narcisista (el piano y la música para un músico, la pelota para un jugador de fútbol, etc.). A través de ese objeto se alcanza la meta. Cuando una persona ataca a sus objetos de actividad narcisista éstos aparecen sin valor y la persona no desempeñar la actividad y lo abruma un sentimiento de aburrimiento.

Entonces, Bleichmar, H. (1984) distingue tres tipos principales de depresión:

a) Depresión narcisista

En este tipo de depresión se plantea una discordancia entre la representación del Yo y el Yo ideal.

Esta distancia puede ser consecuencia de: una representación yoica disminuida frente al ideal, un ideal exageradamente sobredimensionado, o por el accionar de una conciencia crítica superyoica que constantemente aumente la brecha entre ambos.

Dentro de la depresión narcisista es importante señalar que para que el apartamiento de la identificación con el Yo ideal implique la caída en la identificación con el negativo del Yo se requiere dos condiciones: que se funcione con una lógica binaria de dos posiciones y que se funcione con la lógica de rasgo único prevalente, rasgo ideal que había asumido la valoración total de la personalidad eclipsando a los demás yoes ideales posibles conformados sobre otros

rasgos diferentes de aquel que se siente no poseer. En estos casos se produce el colapso narcisista.

En los casos en los que el sujeto nunca pudo identificarse con el Yo ideal se producen caracteropatías melancólicas: el sujeto sufre desvalorización crónica.

b) Depresión simple de objeto:

Se produce por la pérdida de objeto en la cual el sujeto siente que no tiene responsabilidad en la misma. Por ejemplo: el duelo normal.

c) Depresión culposa:

En ella el sujeto siente que incumple el ideal de "no dañarás" y de que el objeto esté indemne. Esta depresión es particular porque tiene características de la depresión narcisista: si el sujeto se siente malo incumple el ideal narcisista de ser bueno y de la depresión simple de objeto, al que siente como dañado.

Bleichmar sostiene, también, que las depresiones pueden sobrevenir en personalidades con estructuración psicótica o neurótica y asumirá formas propias en cada una.

3.6 - Síntomas depresivos

En este subcapítulo se hace referencia a los síntomas que manifiestan las personas que transitan una depresión. Si bien psiquiatría y psicoanálisis coinciden en la enunciación de la mayoría de los mismos, el significado que éstos tienen varían en cada uno de los campos mencionados en la medida que "síntoma" tiene una diferente conceptualización en cada uno de estas áreas del conocimiento.

Para el psicoanálisis, psicología de los procesos anímicos sustraídos a la conciencia, el síntoma es una formación del inconsciente que remite a una pluralidad de factores determinantes, señalan Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). El síntoma, continúan los autores, es una formación de compromiso o transaccional, porque puede satisfacer en un mismo compromiso el deseo inconsciente y las exigencias defensivas. Es una forma que adopta lo reprimido para ser admitido por la conciencia.

En el segundo capítulo de "Inhibición, síntoma y angustia", Freud, S. (1926) caracteriza el síntoma a partir de lo que él llama la satisfacción pulsional "como signo y el sustituto de una satisfacción pulsional que no ocurrió".

Freud (1895), en "Estudios sobre la histeria", al referirse al síntoma escribe que las cadenas de asociaciones que entrelazan el síntoma con el núcleo patógeno y constituyen un sistemático conjunto de líneas ramificadas, pero siempre convergentes.

Esta idea, exponen Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996), se refiere a que su formación remite a elementos inconscientes múltiples, que pueden organizarse en secuencias

significativas diferentes, cada una de las cuales a cierto nivel de interpretación, posee su propia coherencia.

Freud descubrió que el síntoma es un efecto de verdad, siempre tiene un sentido, destaca Miller, J. (2011).

3.6.1 - Inhibición

Dado que la teoría freudiana asigna al yo las funciones más diversas: control de la motilidad y la percepción, anticipación, ordenación temporal de los procesos mentales, prueba de realidad, pensamiento racional, y ,también, desconocimiento, defensa compulsiva contra las reivindicaciones pulsionales, racionalización, etc; la inhibición explicaría, desde la perspectiva psicoanalítica, muchas de las manifestaciones subjetivas que refieren las personas con depresión y que la psiquiatría define como síntomas y describe de manera independiente unas de las otras.

En "Inhibición, síntoma y angustia" Freud (1926) conceptualiza la inhibición en los siguientes términos: la inhibición "...expresa una *limitación funcional del yo*" (Freud, S. 1926, p. 84). La inhibición, entonces, hace referencia a una rebaja de una o varias funciones o bien a una variación muy desacostumbrada de la/s misma/s. La inhibición, señala Freud, puede tener muy diversas causas: hay una limitación de las funciones o algunas funciones yoicas producto de la precaución, ya sea porque a raíz de su ejercicio se desarrollaría la angustia o los órganos requeridos para esa función están hipererotizados "...la función yoica de un órgano se deteriora cuando aumenta su erogeneidad, su significación sexual" (Freud, S. 1926, p.). También señala que existen inhibiciones al servicio de la autopunición. En estas inhibiciones el yo no tiene permitido hacer estas cosas porque le proporcionan provecho y éxito que el severo Superyó le ha denegado. Para evitar el conflicto con el Superyó el yo renuncia a ejecutar esas funciones.

Sin embargo, Freud, S. (1926) apunta que las inhibiciones más generales, obedecen a otro mecanismo: son producto de un empobrecimiento de energía yoica y desarrolla, cuando el yo está exigido a realizar una tarea psíquica muy gravosa su energía se pone en juego para ejecutar la misma, de modo que esa energía se encuentra limitada para la ejecución de otras funciones. Freud señala que este mecanismo se pone en juego ante la necesidad de controlar, disminuir o anular los afectos o en situaciones en las que el sujeto encuentra necesidad de frenar sus fantasías sexuales, o en situaciones de duelo.

Expone Freud en "Duelo y melancolía" (1915) que en la melancolía se produce un empobrecimiento del yo.

En este mismo sentido Hornstein, L. (2011) sostiene que en las depresiones todo el interés se mantiene hipotecado en el objeto perdido con el cual existe un compromiso narcisista. Por ello la pérdida empobrece al yo, sostiene el autor.

3.6.2 - Irritabilidad

Freud (1915) sostiene que el sujeto que sufre melancolía se muestra sumamente irritable y susceptible y como si estuviera siendo objeto de una gran injusticia producto de la regresión que hizo caer la sombra del objeto sobre el yo.

Bleichmar, H. (1984), coincidiendo con Freud, sostiene que la irritabilidad puede deberse al enojo en momentos en los que predomina la identificación proyectiva. Este mecanismo de defensa permite atribuir la culpa que el sujeto siente internamente a los otros.

Sin embargo, el autor también propone una hipótesis distinta, que la irritabilidad puede entenderse como rabia coercitiva, uno de los modos que puede utilizar la persona con un estado depresivo para salir de él. Esta rabia sería una manera de recuperar al objeto perdido.

3.6.3 - Agresividad introyectada o inhibida

Los estudios psicoanalíticos de Freud y Abraham sugieren una introyección de los impulsos agresivos que previamente se hubieron externalizado ante la herida narcisista provocada por el desengaño de un objeto profundamente amado.

En una línea similar Kendell (1973) sustenta que el síndrome depresivo es originado por la inhibición de las respuestas agresivas a la frustración, de tal manera que, según este autor, la incidencia de depresiones aumenta en situaciones en que se incrementa la agresión sin posibilidades de manifestarla y disminuye cuando se permite su expresión.

3.6.4 - Aislamiento y pensamiento negativo y monotemático

Bleichmar, H. (1984) sostiene que la imposibilidad de conectarse con otros objetos, ya sea externos o internos, es producto de la fuerte fijación al objeto perdido, o sea a la persistencia de un intenso deseo por él y, al mismo tiempo, por la representación de que ese deseo es irrealizable.

3.6.5 - Pérdida de la autoestima

Winograd, R. (2005) sostiene que la autoestima vulnerable es un síntoma habitual en la depresión. El autor define autoestima como el resultado de un adecuado balance entre el registro o representación que tiene el sujeto de sí y la estructura que Freud llamó "ideal del yo"

que contiene las aspiraciones valorativas que el sujeto constituye durante su vida en el contexto de la relación con personajes significativos.

Hornstein, L. (2011) , sostiene que la autoestima está sostenida por lo social mediante lo que Aulagnier (1977) llamó "contrato narcisista", que ofrece un entramado que sirve de soporte al yo y al ideal. El autor propone que, apuntalándose en lo social , el sujeto se apropia de enunciados que su voz repite.

En el mismo sentido Bleichmar, H.(1984) sostiene que la representación valorativa de sí es construida en la intersubjetividad. Los autorreproches, señala el autor, pueden ser un intento de salida del estado depresivo buscando por medio de ellos disminuir el sentimiento de culpa u obtener el amor del superyó.

3.6.6 - Ideas de suicidio

El enigma de la tendencia al suicidio, analiza Freud en "Duelo y melancolía" (1915), se aclara a partir de comprender que la libido del melancólico hacia su objeto experimenta un doble destino: parte de ella retrocede hasta la identificación, y la otra, bajo el influjo del conflicto de ambivalencia, hasta la fase sádica, cercana a este conflicto. Este sadismo, propio de la etapa anal, implica impulsos homicidas orientados primero hacia el objeto. En la melancolía la regresión a la identificación le hace posible al melancólico tratarse a sí mismo como un objeto y volver los impulsos homicidas contra el yo.

3.6.7 - Insomnio

Freud (1915) sostiene que el insomnio de la melancolía testimonia la imposibilidad de que se lleve a cabo la retracción general de las cargas, necesaria para el establecimiento del estado de reposo. El complejo melancólico, que funciona como una herida abierta, o sea sobreimprimiendo el estado regresivo a la realidad del presente, desarrolla Freud, atrae así de todos lados energías de carga provocando un total empobrecimiento del yo, resistiéndose, incluso, al deseo de dormir del yo.

3.6.8 - Anorexia y pérdida de peso

Para Garma, A. (1971), la melancolía implica un doble proceso: un proceso de duelo, provocado por la pérdida de las relaciones afectivas con un objeto y, también, un proceso de regresión, a partir de una elección narcisística de objeto hasta un narcisismo primitivo, lo que se efectúa llevando consigo el sujeto la sombra de su objeto. En esta regresión el melancólico se relaciona con el objeto siguiendo la forma precoz del amor que es la identificación y

obedeciendo en ellas a ambivalentes normas oralcanibalísticas de la evolución libidinal. El melancólico busca conseguir al objeto devorándolo, pero al mismo tiempo rechaza al objeto y por eso se inhibe la pulsión oral, como señala Abraham.

3.6.9 - Llanto

Para Bleichmar, H. (1984) el llanto, manifestación comportamental de la tristeza que suele estar presente en muchos estados depresivo, puede ser un intento para conseguir ayuda o puede ser utilizado por el melancólico como instrumento mágico para hacer que el objeto perdido vuelva. Tal como se aprendiera desde la primera infancia a utilizar este recurso. Estas intenciones que persigue el llanto son el medio, el intento fallido, que utiliza la persona que cursa una depresión para salir de ella, propone el autor.

CAPÍTULO 4: EJERCICIO FÍSICO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD ORGÁNICA.

4.1- Ejercicio Físico: definición. Diferencias con los conceptos de "actividad física" y "condición física".

En el presente apartado se busca conceptualizar el término "ejercicio físico".

Para Pierre Parlebas (2001) la noción de ejercicio físico, en tanto conceptualizado como movimiento, responde a la idea de un cuerpo biomecánico definido por desplazamientos aprendidos del exterior, y se preocupa de describir el gesto motor que se debe ejecutar. El autor propone utilizar el término conducta motriz en lugar de ejercicio físico. Y sostiene que "...la conducta motriz se refiere a a una producción motriz realizada por una persona precisa en condiciones concretas de un contexto dado y situado..." (Parlebas, P., 2001, p. 75).

Por lo tanto, profundiza el autor, el ejercicio físico pone el acento en el producto. La conducta motriz, en el agente productor, en la persona actuante insertada en una historia. La conducta motriz aparece unida a la implicación total de la persona actuante. El concepto de conducta motriz, expone el autor, se refiere tanto a los comportamientos motores observables, como a las características internas cargadas de significación: motivación, imagen mental, implicación afectiva, autoestima, a las que las acciones están asociadas.

Dentro de esta línea de pensamiento, pero con una mirada constructivista, Crisorio, R. (2012) considera que el ejercicio físico y su práctica debe conceptualizarse más específicamente como categoría de práctica corporal que hace referencia a las prácticas históricas, por ende políticas, que toman por objeto al cuerpo. Esta concepción, que abreva en la categoría foucaultiana de práctica, no se considera equivalente de actividades físicas o de movimiento humano, afirma el autor. La categoría de práctica, profundiza Crisorio, remite a un conjunto de elementos que tienen regularidad que organiza la conducta, que las reviste de homogeneidad y que tienen un aspecto tecnológico, de organización y conjugación particular. A su vez las prácticas son sistemáticas, suponen el dominio del saber y del poder en la constitución de subjetividad. Dado que son generales, suponen su construcción dentro de una configuración histórica determinada.

La definición que proponen Aranceta, J., Román, B. y Sierra, L. (2006) permite incluir en este trabajo la perspectiva biomédica de la Ciencia de Deporte y el Ejercicio Físico.

Los autores definen el ejercicio físico como toda actividad física planeada y estructurada que se realiza con la intención de mantener o mejorar uno o varios aspectos de la condición física. Debe contener una estructura definida, ser repetitivo y perseguir ciertos

objetivos, amplían los autores.

Esta definición posibilita la diferenciación de este término respecto de otros conceptos que suelen utilizarse indistintamente en el lenguaje cotidiano y que están incluidos en la presente definición. Tales conceptos son actividad física y forma o condición física y es relevante en este trabajo la especificación de los mismos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la “actividad física” como todos los movimientos que forman parte de la vida diaria, incluyendo trabajo, recreación, ejercicios y deportes. En el mismo sentido, Aranceta, J. et. al. (2006), especifican que la actividad física implica todo movimiento corporal capaz de producir un gasto energético por encima del metabolismo basal.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (1968) define la “condición física” como “la habilidad de realizar adecuadamente el trabajo muscular” que implica la capacidad de los individuos de abordar con éxito una determinada tarea física.

Sin embargo, el concepto de condición física fue evolucionando, a partir de los años 60-70, hacia un enfoque biomédico, ya que la comunidad científica entiende por esos años que la condición física se relaciona estrechamente con la salud de las personas, explica Bagur Calafat, C. (2004). Según esta autora el “Modelo de Toronto de Condición física, actividad física y salud”, introducido en 1990 por Bouchard y Shepard, expresa claramente esta evolución. Dicho modelo define la condición física como un estado dinámico de energía y vitalidad que permite a las personas llevar a cabo las tareas habituales de la vida diaria, disfrutar del tiempo de ocio activo y afrontar las posibles emergencias imprevistas sin una fatiga excesiva, a la vez que ayuda a evitar enfermedades hipocinéticas experimentando plenamente alegría de vivir (Bouchard y Shepard, 1990, citado en C. Bagur Calafat 2004, p. 96).

En esta definición se observa que el nivel de condición física está influenciado por la cantidad y tipo de actividad física realizada habitualmente.

La selección y clasificación de las cualidades físicas componentes de la condición o forma física varía según cada investigador. Sin embargo, los componentes de la condición física considerados por todos los autores son: la resistencia cardiovascular y respiratoria, la fuerza y resistencia muscular y la flexibilidad. La velocidad, el equilibrio, la composición corporal y la coordinación son cualidades físicas que algunos autores seleccionan como componentes de la forma física y otros no.

La práctica de ejercicio físico influye en la mejora de la condición física relacionada con la salud. Ya que la mejora de la condición física implica que se produzcan modificaciones fisiológicas producto de la práctica de actividad física y estas modificaciones sólo son consecuencia de una actividad planeada y estructurada. La falta de ejercicio empeora la condición física

4.2 - Ejercicio físico y cultura de lo corporal

Giraldes, M. (2004) sostiene que los valores que acompañan a la cultura de lo corporal (con el deporte dentro de ella) no son atemporales y asociales; sino que han evolucionado históricamente acompañando las transformaciones ocurridas en la sociedad.

La modernidad tardía se diferencia de la sociedad tradicional y la moderna por el tipo de valores que otorgan significado a lo corporal y por sus mecanismos de producción de sentido, sostiene este autor argentino. En este sentido, se expresa el autor, nuestros ancestros hubieron adquirido capacidades físicas a medida que interactuaban con el entorno tratando de subsistir. Desde que la aparición del género Homo emergida, hace aproximadamente 2 millones de años, y hasta la aparición de la agricultura y la ganadería, estos antepasados fueron aumentando su actividad cazadora-recolectora, señalan Incarbone, O. et. al (2013). La presión que ejerce este tipo de vida y el entorno en el cual ésta se desarrolla durante tanto tiempo, le ha dado forma a nuestro pool genético actual, el cual difiere poco del de hace 50.000 años, y que está preparado para llevar un estilo de vida físicamente activo, profundizan los investigadores.

En la misma línea, Weineck (2001) señala que el ser humano, cuyo organismo está adaptado por completo al movimiento, degenera con el paso de los siglos, convirtiéndose en una persona crónicamente sedentaria que realiza un trabajo principalmente “con la cabeza”. El autor especifica que el cazador y el recolector de la edad de piedra recorría unos 40 Km. diarios, mientras que el hombre actual no llega a cubrir 2 Km. en el mismo período de tiempo. Y profundiza comparando que hace 100 años, la fuerza muscular realizaba casi el 90 % de toda la energía necesaria en el proceso de trabajo, mientras que actualmente sólo produce el 1% de la misma.

4.3 - Falta de ejercicio físico, consecuencias en la condición física

Por falta de ejercicio, explica Weineck, J. (2001), se entiende la situación en la cual el esfuerzo que realizan los músculos a largo plazo se encuentra por debajo del umbral de estímulo; los músculos no realizan el esfuerzo necesario.

A pesar de los beneficios conocidos que puede aportar la práctica de ejercicio físico, sólo el 30 % de la población adulta estadounidense es físicamente activa sostienen Poudeuigne, S. y O'Connor, J. (2006). Y en España, afirma García Ferrando, M. (2005) lo es sólo el 37% de personas con una edad comprendida entre 15 y 74 años.

Frojan, M. y Rubio, R. (1997) afirman que esta situación es similar en países de América del Sur, como en Chile, en donde un estudio difundido por la Clínica Alemana,

Santiago de Chile (2002), encuentra que el 88.8% de los hombres y el 93.3% de las mujeres pueden ser catalogadas como sedentarios.

El estudio de "Hábitos deportivos de la población argentina", investigación realizada por la Secretaría de Turismo y Deporte de la Nación con el soporte calificado del Instituto Nacional de Estadística y Censos (Indec), en el año 2000, determinó que en la Argentina aproximadamente el 60% de los varones y el 75% de las mujeres de entre 25 y 70 años no realizan ejercicio físico de forma regular. Las conclusiones del estudio manifiestan que en nuestro país el sedentarismo está instalado con fuerza en la población adulta y crece en la edad juvenil. La falta de hábitos en actividades físicas y/o deportivas es altamente significativa en ambos sexos y en todas las franjas etarias, independientemente del nivel social o condición de actividad.

La Organización mundial de la Salud (OMS) 2010 plantea que los niveles bajos o decrecientes de actividad física suelen corresponderse con un producto interno bruto alto o en aumento.

Giraldes, M. (2014) sostiene que la adquisición y consolidación de hábitos de vida es el resultado de un proceso de socialización y motivación, en el que interaccionan múltiples factores, tanto personales como de carácter externo.

En el mismo sentido, Benjamín Pérez, M. (2011) señala que el sedentarismo es una plaga en la civilización actual. La autora explica que el ser humano está diseñado y programado por la naturaleza para alimentarse, reproducirse y actuar mediante su motricidad. Por lo tanto, afirma que manifestar que la práctica deportiva o el ejercicio físico regular es saludable resulta tan superficial como sostener que la alimentación diaria lo es. Lo que resulta muy revelador es que el ejercicio físico constantemente pone en riesgo la salud, ya sea porque la modalidad elegida se trata de una práctica arriesgada, o porque el ejecutante tiende a forzar sus propios límites. Y aún así, concluye la autora, resulta muchísimo mejor para la vida y la salud que el sedentarismo usual en la sociedad tecnológica de la actualidad.

La OMS (2010) plantea ciertas hipótesis acerca del aumento del sedentarismo. La Organización argumenta que el descenso de la actividad física se debe parcialmente a la inacción durante el tiempo de ocio y al sedentarismo en el trabajo y en el hogar. Del mismo modo, un aumento del uso de modos pasivos de transporte también contribuye a la inactividad física. La organización sostiene que otros aspectos desalentadores de la práctica de ejercicio físico son varios factores ambientales relacionados con la urbanización. Algunos de los que nombra son: falta de espacios públicos para hacer ejercicios, problemas de contaminación ambiental, temor a la violencia en espacios exteriores y tráfico denso.

Sin dejar de tener en cuenta estas hipótesis es relevante señalar que el problema en cuestión ha despertado el interés de numerosos investigadores.

En las últimas décadas, han surgido diversos modelos teóricos que intentan explicar las

vías mediante las cuales las personas inician y mantienen una actividad física, como la teoría de la atribución (Weiner, 1986), autoeficacia (Bandura, 1986), autodeterminación (Deci & Ryan, 1985) o metas de logro (Nicholls, 1989). Estas teorías intentan explicar una realidad de la actividad física y su práctica que no fue así en otros momentos sociohistóricos de la humanidad.

4.4 - Criterios metodológicos para la planificación y estructuración del ejercicio físico para el acondicionamiento físico y la salud

Manifestar que la práctica de ejercicio físico es en sí misma saludable es una apreciación casi nada ajustada a la realidad, apunta Benjamín Pérez, M.(2011). Existen multitud de prácticas motrices poco o nada aconsejables porque también ponen en riesgo la salud. La ejercitación física para que constituya un poderoso agente generador de bienestar requiere de moderación y adaptación a las características individuales y socioculturales de cada practicante. La ejercitación adecuada a las circunstancias de la edad, a la condición física del practicante, al hábitat donde vive, a la cultura y tradiciones locales y al interés e inclinación personal, constituyen características de primer orden para que la práctica pueda definirse como saludable. Toda práctica motriz, afirma el autor, es susceptible de construir o no una ejercitación bienhechora en función de su intensidad, de la frecuencia, de la duración y del contenido y la manera de llevarla a cabo. Si la ejercitación se realiza de modo conciente, de aprehensión sensible con un contenido elegido con gusto personal genera un profundo bienestar, lo que implica salud.

En el mismo sentido, Bagur Calafat, C. (2004) apunta que el ejercicio físico es saludable sólo si produce la mejora de la condición física, es decir, las modificaciones fisiológicas que subyacen a la práctica de actividad física habitual.

El cuerpo humano, explican Kraemer, W. y Häkkinen, K. (2006), tiene la capacidad de responder a un estímulo como la carrera o el levantamiento de pesas, modificando su estructura interna y su función para, en el futuro, realizar mejor su actividad. Este fenómeno recibe el nombre de adaptación y es lo que fundamenta la sistematización de la actividad física y provoca la mejora de la condición o forma física. Es importante tener en cuenta, amplían estos autores, que esta adaptación es muy específica del estímulo. Y se produce a consecuencia de la progresión de la sobrecarga, situación en la que el cuerpo realiza un ejercicio superior al que está acostumbrado o al que es habitual.

La carga de entrenamiento es definida por Vasconcelos-Raposo (2005) como "la suma de los estímulos efectuados sobre el organismo del ejecutante", pudiendo diferenciarse entre carga externa y carga interna. La carga externa, profundiza el autor, se encuentra asociada al

volumen, a la frecuencia y a la intensidad de la práctica del programa de ejercicios físicos, pero la carga interna es el conjunto de reacciones orgánicas desarrolladas por la carga externa sobre el organismo.

Matveiev (2001), por su parte, denomina carga de entrenamiento a los efectos que tienen algunos ejercicios sobre el estado funcional del organismo.

Bagur Calafat (2004) sostiene que el principio de la carga creciente en la ejercitación establece que para que se produzcan estas adaptaciones los estímulos deben ser progresivamente superiores, porque de lo contrario no sólo no se produce ninguna adaptación interna sino que se pueden ir perdiendo las adquiridas provocando una disminución en el estado general del bienestar y específicamente de la habilidad y la eficacia para las acciones de la vida diaria. Cuando el estímulo sobrepasa un umbral se produce un desequilibrio en el estado de forma del sujeto y, una vez superado el período de regeneración de la carga aplicada, se produce la sobrecompensación y así el nivel de forma del individuo alcanza a elevarse por encima de su nivel basal, o sea, se produce la mejora adaptativa.

La investigación ha determinado una serie de características esenciales, respecto de la eficiencia de la carga, que la práctica fíicodeportiva ha de reunir para obtener beneficios saludables para el organismo. En este sentido, entre las recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2010) utiliza los conceptos de frecuencia, duración, intensidad, tipo y cantidad total de actividad física necesaria para mejorar la salud. Estos componentes se aplican cuando se desarrollan las prescripciones de ejercicio para personas de todas las edades y capacidades funcionales, señala Bagur Calafat, C. (2004).

4.4.1 - Intensidad

La OMS (2010) define intensidad como el grado en que se realiza una actividad, o magnitud del esfuerzo necesario para realizar una actividad o ejercicio. Este concepto, profundiza la organización, se refiere al ritmo y nivel de esfuerzo que conlleva la actividad.

Una definición que se refiere a intensidad como un porcentaje del máximo rendimiento del sujeto es la de Vasconcelos-Raposo, A. (2005) que define intensidad como la relación entre el esfuerzo físico requerido para la realización del ejercicio y el esfuerzo físico máximo que el individuo puede tolerar. Se caracteriza por el valor de cada estímulo o por el trabajo realizado por unidad de tiempo, profundiza el autor.

La intensidad moderada, explica Incarbone, O. et. al (2013) se puede estimar como el 50 al 69 % de la frecuencia cardíaca máxima, incluye caminar enérgicamente, bajar escaleras, bailar, andar en bicicleta, nadar. Y es intenso cuando la frecuencia cardíaca es mayor al 70 % de la frecuencia cardíaca máxima, incluye correr, subir escaleras, bailar a un ritmo intenso,

andar en bicicleta en cuesta arriba, saltar la cuerda, jugar al fútbol, señalan Incarbone y colaboradores. Otro modo de evaluación de la intensidad es la que propone la OMS (2010). Se refiere a la percepción subjetiva del esfuerzo que tiene el practicante durante su ejercitación física.

4.4.2 - Frecuencia

La frecuencia, señalan Kraemer, W. y Häkkinen, K. (2006), se refiere al número de veces en que el individuo se ejercita por semana. Está relacionado con la intensidad y duración del ejercicio y por lo tanto depende de estas dos variables.

Weineck, J. (2005) sostiene que la frecuencia tiene un papel relevante para que el ejercicio físico sea eficaz. Si la distancia entre los estímulos de entrenamiento es excesiva, enfatiza el autor, se pierden las huellas de los estímulos aplicados sin posibilidad de continuar hacia la mejora del rendimiento desde un nivel inicial elevado, inducido por el estímulo del entrenamiento.

Kraemer, W. y Häkkinen, K. (2006) refuerzan esta idea afirmando que el tiempo de los descansos ha de ser adecuado al estímulo para producir los fenómenos de supercompensación dado que, no sólo los descansos largos impiden la adaptación biológica, sino que los descansos cortos sobreentrenan.

El American College of Sports Medicine, (1996) recomienda una frecuencia de práctica entre 3 y 5 días por semana.

4.4.3 - Duración

Duración, señalan Incarbone, O. et. al. (2013), se refiere al tiempo en que se debería realizar la actividad física o ejercicio en una sesión, suele expresarse en minutos. La OMS (2010) define duración como el tiempo durante el cual se debería realizar la actividad o ejercicio. Y señala que suele estar expresado en minutos.

4.4.4 - Volumen

Volumen: es la cantidad total de actividad realizada, suele expresarse en tiempo total de actividad, distancia total recorrida o kilos totales levantados en un período de tiempo. Por ejemplo la indicación de 30 minutos de actividad semanal daría un volumen de 150 minutos semanales.

La OMS (2010) especifica que el volumen se caracterizan por su interacción entre la intensidad de la ejercitación, la frecuencia, la duración y la permanencia del programa. El resultado total de esas características puede conceptuarse en términos de volumen.

4.5 - Clasificación del ejercicio físico

Resulta necesario identificar los distintos tipos de ejercicios que implican comportamientos motores diferentes para localizar todas las opciones motrices que pueden practicar aquellas personas que desean desarrollar actividad física.

4.5.1- Clasificación del ejercicio físico como situación motriz desarrollada por Parlebas

La clasificación desarrollada por Parlebas (2001) diferencia los ejercicios en función de su lógica interna y, al mismo tiempo, la lógica externa o sea la demanda contextual que cada ejercicio propone. En este sentido el ejercicio físico está conceptualizado como una situación motriz que requiere por parte de los practicantes ciertas habilidades motoras, psíquicas, sociales y emocionales para la resolución de la misma. Siguiendo estos criterios Parlebas diferencia:

a) Situaciones motrices que se realizan en solitario y en un medio estable. Estos ejercicios tienden a desencadenar, entre otros procesos, la repetición programada de una determinada forma de ejecución de determinadas acciones motrices, la automatización de estereotipos motores, la dosificación de las fuentes energéticas para actuar con eficacia en el esfuerzo físico requerido. Este tipo de ejercicios, propone el autor, es el más apropiado para desencadenar conductas motrices asociadas a la constancia, el sacrificio, el esfuerzo y la superación. A este dominio pertenecen entre otros ejercicios de trote, de carrera, de desplazamientos acuáticos, el ciclismo, etc.

b) Acerca de las situaciones motrices de colaboración en un medio estable el autor sostiene que estos ejercicios hacen emerger conductas motrices asociadas al pacto, a la toma de iniciativas, a la comunicación motriz, al sacrificio generoso de la colaboración, a la creación de respuestas originales y al respeto de las decisiones de los otros participantes. Las situaciones motrices cooperativas pueden estar asociadas a la reproducción compartida de un estereotipo motor o a la activación de la inteligencia motriz, es decir a la toma de decisiones compartidas.

c) Las situaciones motrices de oposición proponen una interacción sociomotriz que puede ser de cooperación o de antagonismo. Cuando se trata de prácticas motrices de oposición se pueden realizar subclasificaciones: todos contra todos: todos son adversarios entre sí o duelos individuales uno versus uno. Parlebas explica que la interacción de oposición se caracteriza por comportamientos motrices de defensa, ataque, agresividad.

d) Las situaciones motrices de colaboración/oposición en un medio estable son ejercicios colectivos en los que es tan importante la propia habilidad motriz, como la capacidad de descentralización, de ponerse en el lugar del otro, de prever conductas ajenas, de anticipación perceptiva. Se trata de ejercicios que son juegos de equipo contra equipo.

e) Las situaciones motrices en un medio inestable, se practican en un entorno físico portador de incertidumbre, es decir inestable, cambiante. Esta situación impone a los ejecutantes, ya sea en solitario o en compañía, que centren su atención en descifrar el medio, en interpretar y reaccionar ante los desafíos que impone el terreno. Este tipo de situaciones favorecen conductas motrices adaptativas asociadas a la toma de decisiones, a la anticipación, a la eficacia inteligente.

4.5.2- Clasificación de los ejercicios físicos en relación al tipo de habilidad motora que desarrollan

En 1994 Renato Manno refiere que las habilidades son formas de movimiento específico, que dependen de la experiencia y que a través de la práctica y la repetición se automatizan. Son fundamentos motores adquiridos, amplía el autor, para dar solución a un problema motor concreto, con el fin de lograr un objetivo concreto.

Las clasificaciones de habilidades motoras son tan variadas como autores han estudiado el tema. Por lo tanto varían las clasificaciones de los ejercicios físicos para desarrollarlas.

Una clasificación relevante es aquella que diferencia los ejercicios que desarrollan las habilidades básicas, de los ejercicios físicos que promueven las habilidades específicas. Como señalan Trigueros, C. y Rivera, E. (1991) las habilidades motoras básicas se definen como patrones motores fundamentales, que filogenéticamente han permitido la supervivencia del ser humano y no tienen en cuenta la eficacia. Las habilidades básicas como son reptar, rodar, gatear, deslizarse, caminar, trepar, golpear, agarrar, frenar, empujar, tirar, entre otras, completan los autores. En tanto que las habilidades motoras específicas son gestos de altos niveles de complejidad que se aprenden y perfeccionan persiguiendo criterios de eficacia, certeza, flexibilidad, economía en el gasto de energía, y adaptabilidad, exponen Triguero y Rivera (1991). Estos ejercicios, profundizan los autores, responden a objetivos claramente definidos y apuntan al desarrollo, perfeccionamiento y la combinación de las habilidades básicas y al dominio específico del medio. Son habilidades motrices complejas, como por ejemplo escalada de montaña, lanzamientos deportivos, etc.

Una segunda clasificación muy utilizada y vigente, señala Diem, L. (1978), es la que propuso Gessell en 1934. Este autor escribe que Gesell clasifica las habilidades motoras atendiendo a la participación corporal o grado de precisión. Diferencia, así, ejercicios físicos

que desarrollan habilidades de carácter grueso y los que favorecen las habilidades de carácter fino. Los primeros, explica el autor, son los que involucran grandes grupos musculares y exigen menor coordinación perceptivo-motora. Se trata de ejercicios tales como andar, correr, nadar, saltar, etc. Los que estimulan las habilidades finas, amplía el autor, son ejercicios que involucran grupos musculares más pequeños y que exigen mayor control de la musculatura y mayor coordinación. Los ejercicios de puntería, de esquivar o de picar la pelota son ejemplos de esta categoría.

4.5.3 - Clasificación de los ejercicios en relación a la capacidad funcional que desarrollan

A - Ejercicios de Flexibilidad

La flexibilidad es uno de los componentes de la aptitud física que se relaciona con el rango de movimiento posible en una articulación, explican Incarbone, O. et al (2013).

Di Santo (2006) por su parte, define la flexibilidad como la capacidad psicomotora responsable de la reducción y minimización de todos los tipos de resistencia que las estructuras neuro-músculo-articulares de fijación y estabilización ofrecen al intento de ejecución voluntaria de movimientos de amplitud angular óptima, producidos tanto por la acción de agentes endógenos (contracción del grupo muscular antagonista) como exógenos (propio peso corporal, compañero, sobrecarga, inercia, otros implementos, etc.). El autor sostiene que los factores condicionantes de la flexibilidad son la movilidad articular, la elasticidad muscular (capacidad que tiene el músculo de retomar su forma original luego de una deformación) y la conformación de cada articulación.

En cuanto a la dosificación del entrenamiento de flexibilidad, señalan los autores, las investigaciones realizadas sobre el tema permiten plantear las siguientes recomendaciones: en cuanto a la intensidad se debe estirar hasta el punto de sentir tensión, la frecuencia de la ejercitación debe ser de dos a tres sesiones por semana. Y en cuanto a la duración de cada ejercicio sostener entre diez y treinta segundos, puntualizan.

B - Ejercicios de resistencia cardio-respiratorio

El componente cardiorrespiratorio de la condición física se ha considerado tradicionalmente como el más importante, apunta Weineck, J. (2001). Este es un componente esencial de la condición física, ya que en ausencia de sangre rica en oxígeno, el cuerpo y los músculos no son capaces de hacer su trabajo con eficacia para poder realizar las tareas diarias, señalan Aranceta, J. et. al. (2006).

Bagur Calafat (2004) define la resistencia como la capacidad física y psíquica de soportar el cansancio frente a esfuerzos relativamente largos y/o la capacidad de recuperación rápida una vez finalizados estos esfuerzos. O sea que la resistencia cardiovascular se refiere básicamente a la capacidad de los pulmones para transferir oxígeno a la sangre, y la capacidad del corazón para bombear la sangre rica en oxígeno a los músculos y a los tejidos del cuerpo, amplía la autora.

En relación con el tipo vía energética a través de la cual se obtiene el ATP para desarrollar la práctica de los ejercicios, explica Zintl, F. (1991), la resistencia cardio-respiratoria se clasifica en resistencia aeróbica y anaeróbica.

a) La resistencia aeróbica se refiere al ejercicio que se caracteriza por tener una tasa constante del metabolismo aeróbico, un equilibrio entre la energía que necesitan los músculos que trabajan y el ritmo de producción aeróbica de ATP, explican Ardle, W.; Katch, F.; Katch, V. (2004). Las reacciones que consumen oxígeno proporcionan la energía para el ejercicio en estado estable. Zintl, F. (1991) explica que tener el estado estable durante la actividad física requiere: 1) llevar oxígeno suficiente a los músculos y 2) procesar el oxígeno dentro de las células musculares para la producción aeróbica de ATP. La intensidad del ejercicio en estado estable está determinado por el ritmo fisiológico-metabólico del metabolismo aeróbico que depende del entrenamiento de cada persona. El sistema aeróbico predomina en el ejercicio de baja o moderada intensidad en el que las grasas son el combustible principal. Para algunas personas descansar en la cama, trabajar en la oficina y jugar ocasionalmente al golf es el espectro del ejercicio en un estado estable. Para un corredor campeón de maratón correr 42 kilómetros en algo más de dos horas es un ejercicio en estado estable. Sin embargo, sostiene Zintl, F. (1991), el estado estable del ejercicio tiene una duración limitada debido a que diferentes factores limitan la duración del esfuerzo a una tasa metabólica constante, entre ellos la pérdida de líquidos corporales y el agotamiento de nutrientes esenciales, especialmente la glucosa en sangre y el glucógeno almacenado en el hígado y en los músculos activos.

b) Resistencia anaeróbica. La energía que se aporta durante la fase de déficit de oxígeno del ejercicio procede predominantemente de la transferencia energética anaeróbica. El término anaerobiosis se refiere a la vida que se desarrolla en un entorno sin oxígeno. La resistencia anaeróbica se pone en juego en la actividad cuando el esfuerzo exige más energía que la aportada por vía oxidativa. Entonces el esfuerzo se hace con faltante de oxígeno.

En relación al ejercicio saludable desde el punto de vista cardiovascular es fundamental la importancia de utilizar el pulso cardíaco como primer indicador a seguir, explica Bagur Calafat, C. (2004). Para determinar la frecuencia cardíaca a la que un practicante debe ejercitarse han de tenerse en cuenta: los objetivos que persigue el ejercicio, la edad y la intensidad de la ejercitación. La zona cardíaca de seguridad, apunta la autora, corresponde al rango entre el 50% y el 70% de la frecuencia cardíaca máxima. Se corresponde con un trabajo

de intensidad entre suave y moderada.

En cuanto a la modalidades óptimas para el entrenamiento cardio-respiratorio saludable, expresa Bagur Calafat, C. (2004), se recomiendan aquellas que sean de naturaleza cíclica (se sucedan acciones motrices similares), en las que participe, por lo menos, una séptima parte de la masa muscular total del individuo y se produzca una alternancia de la relajación y la contracción muscular, como por ejemplo, la marcha vigorosa o por cuestas, la natación, el trote, el ciclismo, remo y patinaje, entre las de más fácil ejercitación.

C - Ejercicios de Fuerza

Por fuerza muscular, sostienen Aranceta, J. et. al. (2006), se entiende la capacidad que permite desarrollar un trabajo mediante la oposición y/o superación de una resistencia ya sea interna o externa, modificando el estado de reposo o movimiento de un cuerpo a través del accionar de los músculos.

El entrenamiento de la fuerza es un estímulo fisiológico muy poderoso en tanto produce modificaciones adaptativas beneficiosas sobre todo en músculos, huesos, nervios y tejido conjuntivo.

De acuerdo los tipos de tensión muscular y por lo tanto de la resistencia superada, las modalidades de la fuerza pueden ser: fuerza máxima, fuerza explosiva o rápida y fuerza-resistencia, explican Ardle, W. et. al. (2004).

La fuerza máxima es un esfuerzo que involucra el máximo peso que el ejecutante es capaz de desplazar en un movimiento. Los autores sostienen que la fuerza-resistencia explica la capacidad que tiene el músculo de vencer una resistencia durante un largo periodo de tiempo oponiéndose a la fatiga.

Bagur Calafat, C. (2004) sostiene que el entrenamiento de la fuerza resistencia, se considera el más adecuado para un programa de ejercicios no competitivo.

Los ejercicios de fuerza deben tener dentro de un programa diseñado para el mantenimiento y mejora de la salud un lugar importante ya que permite el mantenimiento de los grupos musculares esenciales para la postura y de todos aquellos que habilitan una correcta ejecución de la marcha y de las actividades de la vida diaria, señala Bagur Calafat, C..

Las recomendaciones que surgen de las investigaciones sobre el ejercicio físico indican que para promover y mantener la salud, todos los adultos saludables de 18 a 65 años deberían realizar actividades que permitan mantener o incrementar la fuerza y resistencia muscular por un mínimo de 2 días a la semana, señalan Incarbone, O. et al. (2013).

D - Ejercicios de coordinación

La coordinación, que permite que el movimiento sea armónico y eficaz, es definida por los autores como el control nervioso de los diferentes grupos musculares para sincronizar y realizar una acción en el momento preciso y con buen control.

E - Ejercicios de equilibrio

El equilibrio, explica Di Santo (2006), es la capacidad de asumir y sostener cualquier posición del cuerpo contra la ley de la gravedad, mantener de una forma estable el centro de gravedad del cuerpo.

4.6 - Efectos positivos del ejercicio físico en el cuerpo

Weinberg, R. y Gould, D. (1996) sostiene que el ejercicio físico en la sociedad contemporánea se incorpora dentro del gran espectro del ocio y el tiempo libre como elemento catalizador de la salud biopsicosocial de los individuos. Este autor rescata lo que ya, en 1991, sostuvieron Oja y Telama al recoger las conclusiones de los trabajos presentados en el Congreso Mundial de Deporte para Todos celebrado en Finlandia en 1990.

Esto quiere decir, sostiene el autor, que el ejercicio físico tiene efectos positivos sobre todas y cada una de las áreas de desarrollo del ser humano, tanto para las áreas físicas como las psicológicas y las sociales, además de influir sobre la moral y los valores de los practicantes de la actividad física. O sea que, subrayan Weinberg, R. y Gould, D. el ejercicio físico y el deporte son de gran valor para la formación integral de la persona.

4.6.1 - Adaptaciones cardiovasculares

Las adaptaciones cardiovasculares, señalan Incarbone, O. et al. (2013), significan una mejor capacidad funcional o condición física, lo que está relacionado con una disminución de la morbimortalidad. Esto se refiere a la capacidad de sostener esfuerzos más prolongados, mejorando el transporte y consumo de O₂ .

El entrenamiento de resistencia es el que induce las mayores adaptaciones fisiológicas y morfológicas, explican los autores. Dado que aumenta la capacidad de transportar O₂ a los músculos activos, a través del aumento del gasto cardíaco (adaptación central) y de la capacidad del sistema circulatorio (adaptación periférica).

Weineck, J. (2005) explica que el entrenamiento de resistencia cardiorrespiratoria provoca un aumento del espacio interno del corazón de 650 a 1000 ml. También aumenta la

masa muscular del corazón (miocardio), el corazón pasa de pesar 250 a 350 - 500 gramos, señala el autor. Otras adaptaciones dan lugar a la economización del trabajo del corazón por una reducción de la frecuencia cardíaca, no sólo durante el ejercicio sino en reposo.

En este sentido, Aranceta, J. et .al. (2006) exponen que el entrenamiento cardiorespiratorio provoca la optimización del transporte de oxígeno dado que por un lado, aumenta el número de glóbulos rojos (los hematíes pueden pasar de 4,5 - 5 millones en no entrenados a 6 millones en personas entrenadas) y, por otro lado, aumenta el número de capilares, no sólo a nivel periférico sino también intracardíaco. Esta adaptación no sólo mejora la eficacia cardiovascular sino que previene el infarto de miocardio y mejora el riego sanguíneo en los músculos que trabajan por lo cual hay un mejor abastecimiento de oxígeno y de nutrientes y mejor eliminación de sustancias residuales en los mismos. Otra adaptación fisiológica es la disminución de las resistencias periféricas (menor rigidez y más elasticidad vascular), lo que favorece la regulación de la tensión arterial, y una menor tendencia a la formación de trombos.

4.6.2 - Adaptaciones respiratorias

El ejercicio incrementa la frecuencia y amplitud de respiración (polipnea e hiperpnea), señalan Incarbone, O. et al. (2013). Dado que en la práctica de ejercicio físico hay una demanda aumentada de oxígeno el entrenamiento, intentando cumplir y superar esta demanda, produce adaptaciones en el sistema respiratorio aumentando el volumen pulmonar, la capacidad inspiratoria y reduciendo el volumen pulmonar residual, explican los autores.

Como consecuencia de estas adaptaciones, señala Weineck, J. (2005), se produce una economía ventilatoria, la persona entrenada respira de manera más eficaz que un sedentario.

Este autor agrega otras adaptaciones relevantes, como una mejora en la difusión del oxígeno de los alvéolos a los capilares, ya que, producto del entrenamiento, aumenta la superficie de contacto entre ambas estructuras y la permeabilidad alveolar.

Por último, señala Weineck, J. (2005), el entrenamiento favorece, a nivel respiratorio, una mayor economía en la ventilación, ya que es menor la cantidad de oxígeno que se queda en el espacio muerto de las vías respiratorias.

4.6.3 - Adaptaciones metabólicas

Weineck, J. (2005) señala que el entrenamiento de resistencia cardiorrespiratoria produce adaptaciones metabólicas que aumentan la eficacia de los sistemas en juego. Estas adaptaciones son un aumento de la capacidad metabólica producto del crecimiento en un 50% del número de mitocondrias. Ardle, W.; Katch, F.; Katch, V. (2004) destacan no sólo el aumento

del número de las mitocondrias sino, también, el aumento del tamaño de las mismas.

Weineck, J. (2005) agrega que este aumento de la capacidad metabólica es también resultado del ascenso de la actividad enzimática, dado que las enzimas son agentes de transferencia que participan en el metabolismo aeróbico.

Pero, como producto del entrenamiento, no sólo aumenta la eficacia metabólica, sino que se produce. también, la mejora de la calidad del metabolismo por aumento de la participación de los lípidos en la transformación de la energía, señala este autor.

Cabe destacar, apuntan Ardle, W. et. al. (2004), que este aumento en el metabolismo de los lípidos dificulta el almacenamiento de grasa y facilita su movilización y utilización energética permitiendo regular su concentración en sangre (triglicéridos, colesterol, lipoproteínas, etc.). De este modo disminuyen los riesgos de adquirir hiperlipemias y aterosclerosis. También ayuda a controlar el sobrepeso y evitar o combatir la obesidad. Además Aumenta la HDL Colesterol (lipoproteína de alta densidad), y disminuye la LDL Colesterol y el colesterol total.

Weineck, J. (2005) señala que otra adaptación beneficiosa para la salud producto de este tipo de ejercitación, es el aumento de las reservas energéticas, lo que permite desarrollar con mayor eficacia más actividades de la vida diaria.

4.6.4- Adaptaciones músculo-esqueléticas

Los fenómenos de adaptación producidos en los músculos que se ejercitan durante el ejercicio físico son procesos complejos. La actividad física y el ejercicio físico, expone Serra Grima (2002), tienen la capacidad potencial de fortalecer no sólo los músculos sino la estructura ósea del cuerpo humano e, incluso, influir en los huesos en riesgo de fractura por osteoporosis. Numerosas investigaciones, fundamenta el autor, han encontrado asociaciones positivas y consistentes entre la densidad mineral de distintas zonas corporales y la realización de ejercicio físico con ellas relacionadas; también han observado que la práctica de juegos, ejercicios y deportes y el número de horas de actividad soportando peso (tanto el propio peso corporal como el de elementos externos) está correlacionado positivamente con la densidad mineral ósea, independientemente del sexo y la edad, profundiza Serra Grima.

El ACMS en 1995 concluye al respecto que la actividad física con carga de peso es esencial para el desarrollo y mantenimiento de un esqueleto sano.

Con respecto a las personas que ya padecen enfermedad osteoarticular, exponen Hartman et al. (2000), los síntomas y la movilidad mejoran al practicar ejercicios de moderada intensidad y de forma regular. La razón fisiológica, explican los investigadores, podría radicar en un aumento de la vascularización del cartílago durante la actividad física, que provee nutrientes a la zona. El mantenimiento y aumento de la masa muscular a lo largo de la vida

también es el resultado de la actividad y el ejercicio físico, apunta Serra Grima (2002).

El nivel de fuerza necesario para satisfacer las exigencias de la vida cotidiana no varía demasiado a lo largo de la vida. No obstante, señala el autor, la pérdida de masa muscular asociada con el envejecimiento, llamada sarcopenia, trae consigo una disminución progresiva de fuerza máxima lo que dificulta la realización de tareas que a menor edad se realizan con facilidad. El mantenimiento y el aumento de masa muscular y fuerza obtenidos por medio del ejercicio físico aseguran una ganancia en independencia funcional en etapas avanzadas de la vida, subraya Serra Grima (2002).

CAPÍTULO 5: EFECTOS PSICOSOCIALES Y EMOCIONALES DEL EJERCICIO FÍSICO, ¿QUÉ REVELAN LAS INVESTIGACIONES?

5.1 - Beneficios psicosociales

Un paso significativo de las últimas décadas, señala Van Armentersfoort, Y. (2004), es el creciente interés de la comunidad científica por el estudio de los efectos psicosociales del ejercicio físico y su aplicación tanto en la prevención y tratamiento de los trastornos mentales, como en el aumento del bienestar psicológico y el mejoramiento de la calidad de vida.

Buscando resumir los efectos positivos que el ejercicio físico estructurado, planeado y practicado sostenidamente en el tiempo produce en los practicantes Weinberg, R. y Gould, D. (1996) señalan que la evidencia acumulada en múltiples investigaciones permite establecer que estos beneficios se registran en cuatro grandes áreas: mejor estado de ánimo, reducción del estrés, mejor autoconcepto y mayores habilidades sociales.

Zulaika (2006) concuerda con estas afirmaciones y sostiene que entre el numeroso listado de parámetros psicológicos que resultan beneficiados por la práctica de actividad física puede agregarse a los previamente mencionados: la mejora en la sociabilidad y la actividad cognitiva y disminución de la agresividad.

En la misma dirección de ampliar la evaluación de la asociación entre ejercicio físico y patologías de la salud mental, Ströhle A. et. al. (2007) revelan, en un estudio longitudinal de cuatro años sobre una muestra de 2548 adolescentes y jóvenes adultos, que la práctica regular de ejercicio físico disminuye sustancialmente la incidencia global de ciertos desórdenes mentales tales como trastornos somatomorfos, distimia, y algunos desórdenes de ansiedad.

Chodzko-Zajko (1990) sostiene que, si bien el bienestar psicológico consiste tanto en componentes positivos como negativos, hasta no hace mucho, las investigaciones de las ciencias del ejercicio físico tendían a focalizarse en los efectos de la práctica de ejercicio físico sobre los componentes negativos de la salud mental, tales como depresión, ansiedad y disfunciones relacionadas con el estrés. Es esencial, apunta el autor, que se examine con más intensidad la relación entre el ejercicio físico y los elementos positivos del funcionamiento psicológico, incluyendo la autoestima, la percepción de la autoeficacia y, en general, el bienestar subjetivo.

En este sentido, Wilfley, D. y Kuncze, J. (1986) revelan, en un estudio sobre 83 adultos entre 35 y 65 años, que los participantes al completar las ocho semanas de ejercicio físico mostraron mejoras estadísticamente significativas en cuanto a la autoeficacia, la aptitud física, y el autoconcepto físico y, así mismo, una reducción de la tensión psicológica

También, McAuley, E., Shaffer, S., Rudolph, D. (1995) en una revisión de treinta y ocho

estudios sostienen que la vasta mayoría de los mismos reportan una asociación entre la ejercitación física y la percepción de bienestar.

En la misma dirección, Ruuskanen y Ruoppila (1995) sugieren, a partir de los resultados de su investigación, que en personas mayores de 65 años la práctica de ejercicio físico tiende a promover percepciones de bienestar psicológico que a su vez determinan que los sujetos se mantengan activos.

Centrándose en la misma temática, las percepciones de bienestar psicológico, un estudio realizado en España a cargo de González, E., Núñez, J.M. y Salvador, A. (1997) revela que personas sedentarias de entre 61 y 77 años mediante un programa de intervención con ejercicio físico aeróbico y anaeróbico de ocho meses muestran incrementos significativos en el bienestar psicológico y en la satisfacción.

Siguiendo esta línea, Biddle et al. (2000) señalan que la actividad física no sólo se relaciona con la reducción del estrés y los cambios en el estado de ánimo con descensos en los niveles de ansiedad y depresión, sino que, además, se asocia a la mejora del autoconcepto, a la mejora del estado emocional y la percepción de un mejor manejo de situaciones desafiantes.

Coincide Tercedor (2001), quien afirma que la práctica correcta de actividad física está asociada a beneficios psicológicos, disminuyendo estados de ansiedad y depresión y presenta una relación positiva con la autoestima, bienestar mental y percepción de la propia capacidad.

Cabe destacar que, con respecto a la asociación entre práctica de actividad física y bienestar psicológico, diversos colectivos especializados en la materia se han pronunciado al respecto, corroborando el consenso existente en este sentido. Así por ejemplo encontramos el manifiesto del Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos de Norteamérica que se expresa de este modo: 1) La condición física está asociada positivamente con la salud mental y el bienestar. 2) El ejercicio físico está asociado con una reducción de las emociones estresantes como los estados de ansiedad. 3) La ansiedad y la depresión son síntomas comunes de la falta de habilidad y de afrontamiento del estrés, y el ejercicio físico ha sido asociado con una disminución de estados de depresión y ansiedad leves y moderados.

5.1.1- Mejora del concepto de sí o autoestima

Márquez Rosa, M. y González Boto, R. (2013) señalan que el autoconcepto es una configuración organizada de percepciones del yo y un constructo multidimensional que contiene percepciones específicas de diferentes dominios, por lo tanto se puede pensar en subcomponentes. Es el conocimiento que la gente tiene de sí mismo y su evaluación positiva o negativa de sí mismos, sintetizan los autores.

Desde la perspectiva psicoanalítica, expone Winograd, B. (2005), la autoestima es el resultado de un adecuado balance entre el registro o representación que tiene el sujeto de sí y la estructura que Freud llamó "ideal del yo" que contiene las aspiraciones valorativas que el sujeto construye durante su vida en el contexto de las relaciones con sus personajes significativos. Desde el punto de vista físico, continúan, incluye percepciones de la apariencia física y de las habilidades físicas.

El ejercicio físico, señala Alferman, (2000), influye sobre la autoestima, producto de aumentos de la sensación de competencia, control y autosuficiencia provocados por la mejora de la condición física general. Al mejorar la autoestima física, ésta repercute sobre la autoestima global, la cual se vincula al bienestar subjetivo y la salud mental.

Goñi, A., Zulaika, L. (2000) han centrado su interés en cómo la frecuencia y la duración de la actividad física correlacionan con las autopercepciones físicas. Los resultados de su trabajo de investigación vienen a determinar que los individuos que se ejercitan más frecuentemente y durante más tiempo en cada sesión muestran mejores autopercepciones físicas que quienes participan de una manera menos activa.

Fox, K. (2000), en una revisión completa de los estudios realizados sobre intervenciones en materia de ejercicio físico en los que se hubieran medido exclusivamente los resultados referentes a la auto-percepción y la auto-estima, encuentra que desde 1971, se han realizado 37 estudios controlados seleccionados aleatoriamente. Resumir la literatura sobre autoestima, expone el investigador, es decir que está compuesta por un grupo escaso de estudios bien diseñados en los que se ha utilizado una instrumentación limitada. Con estas cualidades en mente, a la hora de resumir la literatura existente Fox (2000), presenta las siguientes afirmaciones generalizadas: que el 78% de los estudios indican cambios significativos en el autoconcepto de los participantes según ellos mismos refieren, que el ejercicio físico puede utilizarse como un medio para promover la auto-valoración física de la persona, así como otras importantes auto-percepciones físicas, tales como la imagen corporal. Y, por último, que todos los grupos de edad pueden experimentar efectos positivos, pero hay una mayor evidencia de cambio en los niños y en los adultos de mediana edad. De esta revisión llega a la conclusión de que el ejercicio físico está asociado con la mejora del autoconcepto, autoeficacia y autoestima de las personas.

5.1.2- Reducción del estrés

Hans Selye (1907-1982) definió ante la Organización Mundial de la Salud el término estrés (del griego stringere que significa tensión) como la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior.

Actualmente, expone Mucio-Ramírez (2007), se considera que hay dos tipos de estrés,

el distrés y el eustrés. El eustrés se aplica al estrés mínimo y es hasta cierto punto benéfico; dicho estrés se genera ante una situación en particular y el distrés se refiere a las consecuencias dañinas por un estrés excesivo. El estrés, amplía el autor, es una respuesta adaptativa de los sistemas endocrino, nervioso, respiratorio, etc., a estímulos internos o externos.

En cualquier caso, puntualiza Mucio-Ramírez, el estrés es una verdadera amenaza para la homeostasis del organismo, en tanto que mantenerlo o recuperarlo es esencial para la supervivencia de los organismos. Los sistemas endócrinos que participan de manera importante durante el estrés son el eje hipotálamo-hipófisisadrenal (HPA) y el sistema nervioso autónomo, apunta el autor.

Sime, W. (1977) sostiene que entre los beneficios atribuibles a la práctica de actividad física se han incluido disminuciones de la respuesta autonómica al estrés.

Salvador, A. et. al. (2003) señalan, en la misma dirección, que el entrenamiento físico permite reducir la tensión y desarrollar habilidades y recursos para afrontar situaciones desafiantes y novedosas.

Steptoe, A. y Butler, S. (1996) con una muestra de 5061 sujetos relevan con su investigación que la práctica habitual de ejercicio físico está relacionada con menores niveles de estrés emocional.

En la misma línea, Blumenthal et. al. (1980) aseguran que la práctica de ejercicio físico disminuye el estrés y la ansiedad y su tensión asociada reduciendo así los riesgos de cardiopatía en la población no clínica.

Dada la gran cantidad de estudios que investigan la relación entre la práctica de ejercicio físico y la reacción al estrés, en un esfuerzo por resumir tanta información se han realizado diferentes revisiones meta-analíticas. Entre ellas cabe destacar el meta-análisis a cargo de Crews, D. y Landers, D. (1987) que evalúa treinta y cuatro estudios sobre el tema. A partir de esta revisión los autores sostienen que la práctica de ejercicio cardiovascular permite mejorar la aptitud aeróbica y se asocia fuertemente a una reducción de la reacción a estresores.

Van Amersfoort, Y. (2002) escribe que el ejercicio físico moderado ha mostrado ser efectivo en la reducción de la tensión neuromuscular, así como en otros índices de estrés, tales como los latidos cardíacos en estado de reposo y la segregación de algunas hormonas que regulan la respuesta al estrés. Mucio-Ramírez propone que la toma de la frecuencia cardíaca puede ser un modo de medir la variación del estrés.

5.1.3- Otros beneficios psicosociales

La OMS resalta otras ventajas de la práctica de ejercicio físico, como la reducción de la violencia entre jóvenes o de comportamientos de riesgo como el consumo de drogas, además de mejorar la agilidad tanto física como mental de los ancianos y de ayudar a estas personas a luchar contra el sentimiento de soledad. Medina (2000) sostiene que incluso, actualmente, se le reconoce a las prácticas físicas y deportivas su valor integrador de colectivos inmigrantes y se emplea en distintos programas nacionales e internacionales.

Otras investigaciones permiten señalar otros efectos positivos del ejercicio en lo psicosocial. Negro (1995) señala el ejercicio físico como mecanismo favorecedor de la reinserción en instituciones penitenciarias y Bredemeir, B. et.al. (1986) demuestran la utilidad de esta actividad para la recuperación social de los barrios marginales y Golberg (1995) apunta su efecto favorecedor de la socialización de personas mayores.

5.2- Beneficios emocionales

Los estados de ánimo, apunta Marquez, S. (1995), se definen como estados de activación emocional o afectiva, con una duración variable, no permanente. Son un estado, una forma de estar, cuya duración es prolongada y destiñe sobre el resto del mundo psíquico, amplía la autora.

Thayer, R. (1996) los define como un sentimiento de fondo que persiste en el tiempo. Los estados de ánimo son más suaves y permanentes que las emociones, subraya el autor.

Mazzulla, M. y Gómez, B. (2011) sostienen que todas las personas experimentan cambios en sus estados emocionales y que los mismos son el termómetro subjetivo que marcan cómo experimentan cada una de ellas su relación con el mundo.

Sachs, M. (1984) sugiere que la mejoría del estado de ánimo tras el ejercicio puede explicar que mucha gente se implique en la práctica de ejercicio por períodos de tiempo prolongados.

En la misma línea de ideas, Sánchez Bañuelos (1999) apunta que los estudios realizados establecen una relación directa entre la práctica de ejercicio físico y las mejoras en los estados de ánimo y disminución de los niveles de ansiedad y estrés.

Y Serra Grima, J. (2002) agrega que la información existente apunta, también, a su asociación con una mejora del bienestar subjetivo, entendido como el sentimiento de satisfacción en la vida.

Stephens, T. (1988) afirma que la investigación señala que la práctica de ejercicio físico tiende a llevar a la persona hacia polos positivos y favorables, disminuyendo significativamente

los estados de ansiedad, estrés y depresión, siendo las mujeres las más favorecidas por dicho efecto. Este investigador apunta en su trabajo, otros beneficios psicológicos del ejercicio físico, tales como, cambios positivos en la autopercepción, mejora de la autoconfianza, cambios positivos en los estados de ánimo, alivio de la tensión y la tensión premenstrual. Afirma, también, que entre los efectos de la práctica sistematizada de ejercicio físico, es posible observar en los practicantes un incremento de la energía, del bienestar percibido y de la claridad de pensamiento.

En un estudio descriptivo llevado a cabo en Madrid sobre una muestra de 200 mujeres no clínicas Olmedilla-Zafra, A. y Ortega-Toro, E.(2009) hallan que aquellas mujeres que realizan ejercicio físico con regularidad tienen menores niveles de ansiedad y de depresión.

Evaluando estos componentes del estado del ánimo y otros componentes negativos de la salud mental Kowal, U. Patton, J. y Vogel, J. (1978) afirman que la práctica de ejercicio aeróbico, se relaciona con descensos no sólo de la depresión, sino también, con la disminución en la tensión, la fatiga y la ira de manera estadísticamente significativos en los hombres, y sólo cercanos a la significación en las mujeres. Incluso otras investigaciones, como la de Brandon (1999), concluyen que el ejercicio físico y el deporte podrían utilizarse como terapias no farmacológicas para reducir el estrés, los trastornos del sueño, la ansiedad y la depresión.

Goodwin, R. (2003) analiza los datos de la Encuesta Nacional de Comorbilidad de los Estados Unidos tomando aleatoriamente 5877 casos y revela que, a posteriori de controlar las características sociodemográficas y la información reportada de desórdenes físicos, una asociación consistente entre la práctica regular de ejercicio físico y la menor prevalencia de depresión mayor, fobia social, fobia específica y agarofobia es consistente.

Los estudios sobre los efectos del ejercicio físico sobre el estado de ánimo son relativamente numerosos, así McDonald, D. y Hodgdon, J. (1991) establecen, en un meta-análisis sobre 26 estudios realizados sobre el tema entre 1972 y 1991, que los resultados obtenidos indican que existe una asociación entre disminuciones significativas en las puntuaciones en depresión, tensión / ansiedad, fatiga y confusión y la práctica de ejercicio físico.

En el presente subcapítulo se profundiza acerca de las investigaciones que se han focalizado en los efectos que tiene la práctica de ejercicio físico, en sus diferentes modalidades, sobre los estados emocionales de ansiedad y particularmente sobre el estado depresivo.

5.2.1 - Reducción de la ansiedad

Spielberger, C. (1972) define ansiedad como un estado emocional palpable que se caracteriza por sentimientos de aprehensión junto con una actividad excesiva del sistema

nervioso autónomo. Las manifestaciones de comportamiento de la ansiedad, amplía el autor, pueden ir desde una excitación extrema hasta un estado de estupor. Este investigador señala que se pueden diferenciar dos tipos de ansiedad: de estado, y ansiedad de rasgo.

La ansiedad- estado es un estado emocional transitorio que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprehensión; es una reacción emocional que ocurre en un momento determinado y ante una situación particular y que se acompaña por tasa cardíaca elevada, sudoración, tensión muscular e incapacidad para concentrarse, explica Spielberger, C. (1972).

El rasgo de ansiedad, discrimina el autor, se refiere a diferencias individuales, relativamente estables, que predisponen a las personas a tomar una situación como amenazante y reaccionar respondiendo a la misma con niveles de ansiedad-estado elevados.

Las personas con niveles altos de ansiedad, como explican Mazulla, M. y Gómez, B. (2011), tienden a interpretar una gran variedad de estímulos como ligados a alguna forma de amenaza que lleva a la persona a sentir temor, intentar huir, pensar que la situación es peligrosa y que sus recursos para hacerle frente son limitados.

Numerosos estudios exploran, desde hace algunas décadas, los efectos del ejercicio en ambos, estado y rasgo de ansiedad, señala Morgan (1997). Este investigador sostiene que los profesionales de la salud mental informan que la práctica de ejercicio físico moderado o vigoroso en forma regular no sólo disminuye los niveles de ansiedad sino que, también, propicia el desarrollo de mayores niveles de tolerancia. Estos logros, apunta el autor, permiten a los practicantes de ejercicios físicos manejar mejor las situaciones de estrés que las personas sedentarias.

Coincidiendo con estos conceptos, Sime (1984) revela que la influencia del ejercicio físico sobre la reducción de la ansiedad también resulta clara considerando a ésta tanto como rasgo como ansiedad-estado. Cuatro años después Morgan y O'Connor (1988) llegan, con su estudio, a la misma conclusión. Lo mismo que Powell, K. (1988). En un estudio realizado sobre mujeres sedentarias en Oviedo, con la intervención de un programa de ejercitación de diez sesiones González, E., Núñez, J. y Salvador, A. (1997) concluyen que la ansiedad de las participantes se reduce una vez concluido el programa.

En la misma dirección, Martinsen, E. et. al. (1989) realizan un estudio exploratorio con treinta y seis sujetos diagnosticados con trastorno de ansiedad que llevan adelante un programa de ejercicios aeróbicos diarios de ocho semanas de duración. Los autores comprueban que la ansiedad se reduce en forma paralela al incremento de la capacidad de entrenamiento. Sin embargo, tras un año de seguimiento, revelan que en pacientes con ataques de pánico y agorafobia la mejoría obtenida ya no se conserva en tanto que el beneficio se mantiene en los participantes con ansiedad generalizada.

El mismo año Steptoe, A. et. al. realizan un estudio comparativo con grupo control acerca de los efectos de un programa de ejercicio aeróbico moderado de diez semanas de

duración con una frecuencia de cuatro veces por semana (una de ellas supervisada) sobre una muestra de adultos previamente diagnosticados como ansiosos. Los autores revelan que los sujetos que participaron del programa de ejercicios mostraron mejoras significativas en la capacidad aeróbica y reducciones significativamente mayores en la tensión de la ansiedad que los adultos ubicados en el grupo control. Efectos que se mantuvieron durante los tres meses de seguimiento.

En la misma línea, Márquez, D. et. al. (2002) sostienen que el ejercicio físico de moderada y alta intensidad disminuye los niveles de ansiedad en las mujeres.

En la revisión sobre materiales elaborados entre 1975 y 1990 el meta-análisis Pretezzuello, S. et. al. (1991) se focaliza en aquellos estudios que evalúan los efectos del ejercicio crónico y agudo tanto sobre la ansiedad de estado como sobre la ansiedad de rasgo. Los autores concluyen que, independientemente del método que se utiliza para evaluar la ansiedad, el ejercicio físico está asociado con una disminución de la misma.

5.2.2- Disminución de los niveles de depresión

En cuanto a la depresión también existen suficientes evidencias en favor de los efectos beneficiosos del ejercicio, apunta Van Armenrsfoort, Y. (2004).

Muchos estudios han examinado la eficacia del ejercicio para reducir los síntomas de la depresión, y la inmensa mayoría de estos estudios han descrito un beneficio positivo asociado con la participación de ejercicio, profundiza la autora.

De las investigaciones relevadas para esta presentación, las que se focalizan en la incidencia positiva del ejercicio físico para la **prevención del desarrollo del trastorno depresivo** son menos numerosas que las que investigan sus efectos para el tratamiento de dicho trastorno.

Los resultados de las investigaciones acerca de los efectos preventivos de la práctica de ejercicio físico para el desarrollo del trastorno depresivo no son totalmente consistentes. Sin embargo, señalan Dunn, A. et. al. (2005), la gran mayoría de ellas revelan una asociación fuerte entre la práctica de ejercicio físico y una probabilidad menor de desarrollar depresión, mientras que pocos estudios no han encontrado ninguna correlación entre estas dos variables.

Estudios longitudinales en adultos, revelan que existe una mayor vulnerabilidad a presentar altos niveles de depresión entre aquellos sujetos que informan de niveles bajos de actividad física a lo largo de la vida. Farmer et. al. (1988) realizan un estudio epidemiológico de 1900 casos analizando la relación entre el ejercicio físico y los síntomas depresivos evaluados con la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. Los resultados obtenidos, luego de ocho años de seguimiento, revelan que niveles bajos de ejercicio físico recreativo o la ausencia de esta actividad están asociados con una probabilidad de padecer depresión dos

veces mayor que las personas que se ejercitan con frecuencia en niveles moderados o altos de intensidad en actividades recreativas.

Con el mismo foco, Camacho, T. et. al. en 1991, enfocan la relación entre el ejercicio físico y el riesgo de adquirir depresión utilizando tres olas de datos que provee el estado de Alameda. El resultado de este estudio, sobre 4848 casos no controlados en su nivel de depresión al inicio del trabajo, es una fuerte evidencia de la covariación entre los niveles de actividad física y el riesgo de depresión.

En el mismo sentido, Paffenbarger et al. (1994) encuentran, en su investigación longitudinal sobre una muestra de 10201 hombres, que existe una correlación negativa entre actividad física y depresión veinte y cinco años después del primer relevamiento sobre el estado de ánimo al iniciar el estudio.

También Strawbridge et al. (2002), a partir de su investigación longitudinal de cinco años con una muestra de 1947 adultos de entre 50 y 94 años de edad, reportan un efecto protector de la actividad física en el desarrollo de depresión.

Weyerer, S. y Kupfer, B. (1994), Biddle, S. y Mutrie, N. (1991) y Stephens, T. (1988), apuntan que las probabilidades de presentar síntomas depresivos son mayores en las personas sedentarias que en aquellas que realizan algún tipo de ejercicio físico.

Ruuskanen, J. y Ruoppila, I. (1995) acuerdan con estas afirmaciones a partir de su estudio transversal realizado en Finlandia con 800 casos.

Cabe reiterar que de las investigaciones y estudios recogidos para el presente trabajo el mayor porcentaje de los mismos se enfocan en establecer la incidencia positiva del ejercicio físico en el tratamiento del trastorno depresivo.

Un gran número de estudios sugiere que la práctica de ejercicio físico puede reducir los síntomas depresivos en población clínica y no clínica.

Morgan (1997) señala que un estudio con muy buen diseño experimental es el trabajo exploratorio de Greist et. al. (1979) que demuestra que el ejercicio aeróbico practicado durante 12 semanas no sólo demostró reducir la depresión en personas que sufrían depresión leve o moderada, sino que las mejorías fueron superiores a una forma tradicional de psicoterapia y a la ingesta de antidepresivos. El autor destaca la importancia de este estudio por sus reveladores resultados y porque los grupos controles recibieron una psicoterapia y el otro medicación.

Blumenthal, J. et al. (1999) sostienen, a partir de evidencia empírica obtenida sobre 150 sujetos mayores de 60 años con depresión mayor que realizaron un programa de ejercicio físico de 16 semanas de duración, que el ejercicio físico puede ser considerado un modo de tratamiento de la depresión, incluso alternativo a la medicación, en personas mayores.

Di Lorenzo et. al. (1999), revelan, en el mismo sentido, que los efectos de la ejercitación en bicicletas ergonómicas durante 12 semanas con una frecuencia diaria produce

efectos beneficiosos en los síntomas depresivos tanto en el corto como en el largo plazo (seguimiento de 12 meses posteriores a la intervención).

Arriban a la misma conclusión Doyne et. al.(1999) en un estudio presentado en el mismo año. Estos autores revelan, a partir de una investigación en la cual los participantes que se ejercitan en un cicloergómetro 4 veces por semana , 30 minutos por sesión, durante 6 semanas, que dicho entrenamiento provoca en los sujetos de la muestra una clara reducción de los síntomas depresivos en comparación con las condiciones de resultado del grupo control.

Adhieren a estos conceptos, Roth, D. y Holmes, D. (1987) , McNeil, J. et. al. (1991) y King, A., Taylor, C. y Haskell, W. (1993)) al sostener que la práctica de ejercicio puede ser útil para reducir la severidad y duración de los síntomas depresivos.

Veale, D. et. al. (1992) llegaron a la misma conclusión en un estudio realizado en el Central Sydney Area Health Service con pacientes diagnosticados por medio del DSM IV con distintos tipos de depresión. Estos autores agregan, además, que el grupo del estudio que realiza el programa de mayor intensidad durante ocho semanas es el que obtiene un porcentaje mayor de reducción en los niveles de la sintomatología depresiva, respecto de otros grupos con programas de intensidades más bajas.

En acuerdo con este concepto, en un estudio de diseño factorial sobre una muestra de ochenta adultos entre 20 y 45 años diagnosticados con depresión moderada distribuidos aleatoriamente en el grupo de ejercitación física y en un grupo control, Dunn et. al. (2005) concluyen que el ejercicio físico puede ser un tratamiento efectivo para la depresión de intensidad moderada.

En 2001, Dimeo, F. et. al., de la Universidad Freie de Berlín, realizan un trabajo conjunto entre el Departamento de Medicina del Deporte y el Departamento de Psiquiatría de esa institución. La finalidad fue evaluar el efecto a corto plazo del ejercicio en doce pacientes diagnosticados con depresión mayor de intensidad moderada a grave. El programa de ejercicio físico de caminatas de 30 minutos durante diez días llevado a cabo por los pacientes. Las evaluaciones post programa permiten registrar una reducción sintomatológica clínicamente relevante. Los autores concluyen, entonces, que el ejercicio aeróbico podría producir una mejoría sustancial en el ánimo de pacientes con trastorno depresivo mayor en un corto plazo.

En una investigación realizada con personas mayores de 70 años diagnosticadas con algún tipo de trastorno depresivo y con una intervención de ejercicios de fuerza supervisados durante diez semanas y no supervisados por el mismo período de tiempo Singh, N., Clements, K. y Singh, M. (2001) concluyen que esta actividad disminuye significativamente los síntomas depresivos evaluados con el Beck Depression Inventory (BDI).

Parent, C. y Whall, A. (1984) y Chodzko-Zajko (1990) adhieren a esta conclusión a partir de sus respectivas investigaciones realizadas sobre una muestra de personas mayores. Chodzko-Zajko, W. (1990) amplía esta idea exponiendo que está generalmente aceptado que

la incidencia de la depresión aumenta con la edad de las personas. Sin embargo, apunta el autor, la asociación entre edad avanzada y depresión disminuye significativamente cuando se utilizan procedimientos estadísticos para controlar el nivel de acondicionamiento físico y se analizan los casos con mejor aptitud física. Esta información sugiere que el crecimiento de la incidencia de la depresión con la edad podría deberse, por lo menos parcialmente, a la tendencia a realizar menos actividad física a medida que se envejece, subraya este investigador.

También trabajan con adultos mayores con trastornos depresivos de baja respuesta Mather, et. al. (2002). En su estudio clínico estos autores encuentran, luego de 10 semanas, que el grupo asignado a la práctica de ejercicio físico muestra una disminución del 30 % en la puntuación en la Escala de Hamilton para depresión

En el meta-análisis realizado por McDonald y Hodgdon (1991) sobre quince estudios realizados con cinco instrumentos diferentes y publicados entre 1970 y 1989, los autores encuentran una disminución estadísticamente significativas de la depresión producto del ejercicio físico, en población clínica y no clínica, de ambos sexos.

En la misma línea, Martinsen, E. (1994), realiza una revisión de dos estudios quasi-experimentales y diez experimentales de intervenciones del ejercicio sobre pacientes depresivos. A partir de la misma el autor afirma que los resultados de todos ellos apuntan en la misma dirección al mostrar evidencia empírica de que el ejercicio de entrenamiento cardiorespiratorio es efectivo para reducir la depresión unipolar leve o moderada. El autor aclara, que en los estudios se encuentra que la efectividad de esta intervención es similar a otras formas de terapia. Debido a ello Martinsen aconseja tener en cuenta el ejercicio como alternativa o como recurso que pueda agregarse a las modalidades de tratamiento tradicionales para estos casos de depresión.

También Lawlor, D. y Hopker, S. (2001) realizan una revisión de catorce ensayos aleatorizados y controlados sobre la eficacia del ejercicio físico en el control de los síntomas depresivos. Los autores sostienen que los resultados hallados les permite afirmar que los efectos del ejercicio físico sobre los síntomas depresivos tiene una eficacia muy similar a la eficacia de la terapia cognitiva.

En los pocos estudios que evalúan la eficacia relativa de la práctica de ejercicios físicos para el tratamiento de la depresión respecto de la medicación psiquiátrica, los resultados comparan muy favorablemente el ejercicio con tratamientos de medicación de la depresión. Un ejemplo de dichos estudios es el de Blumenthal et. al. (1999). Este grupo de investigadores asignan al azar 156 hombres y mujeres con depresión moderada a un grupo de ejercicio , medicación, o el ejercicio y la medicación. Los resultados muestran que mientras el medicamento funciona más rápido para reducir los síntomas de depresión, no hay diferencias significativas entre los grupos de tratamiento a las 16 semanas. Por lo tanto , los autores

concluyen que el ejercicio puede ser tan eficaz como la medicación para reducir los síntomas de la depresión. Curiosamente, exponen los autores, el seguimiento de diez meses de los participantes revela que los miembros del grupo de ejercicio y del grupos de combinación tuvieron significativamente menores tasas de depresión que los que están únicamente medicados.

5.3- Investigaciones acerca de la relación entre ejercicio físico y la depresión

5.3.1- Breve historia de estas investigaciones

Aunque no es en absoluto una idea reciente que mente y cuerpo funcionan al unisono , sólo hace relativamente poco tiempo que se comienza a investigar acerca de los potenciales beneficios psicológicos de la práctica de ejercicio físico, señala Marquez, S. (1995).

La mayor parte de las investigaciones acerca de la relación entre ejercicio físico y mejora en el nivel de los síntomas depresivos o de la correlación entre los primeros y la depresión están desarrolladas por profesionales del campo del conocimiento de la Psicología del Deporte y el Ejercicio Físico cuyos referentes principales son la fisiología del ejercicio, la psiquiatría que busca sus referencias en la psicología experimental y en las Neurociencias y la psicología conductual.

Desde las primeras investigaciones sobre destrezas motrices hasta la actualidad, la psicología aplicada al deporte ha sufrido grandes cambios, apunta Barrios, R. (2005).

Esta psicología, que comienza el desarrollo científico de su campo en la década del treinta en Estados Unidos de Norteamérica de la mano de Franklin Henry, recién en la década del sesenta pasa a ser un componente separado dentro de la educación física o educación por el ejercicio, diferenciado del aprendizaje motor, explican Weinberg, R. y Gould, D. (1996).

A partir de entonces, los especialistas en aprendizaje motor se dedican al estudio de los modos en que las personas adquieren las habilidades motoras y a las condiciones de la práctica. Y, por su parte, los que se especializan en la psicología del deporte estudian la forma en que los factores psicológicos: autoestima , angustia, estrés, personalidad, etc. pueden influir sobre el rendimiento de las habilidades motoras y deportivas. Algo más tarde se interesan por investigar, también, los modos en que la ejercitación y participación en los deportes y en el ejercicio físico influyen sobre el desarrollo psicológico.

Una de las primeras contribuciones sobre el tema, apunta Marquez, S.(1995) es el trabajo de Layman (1960 citado en Marquez 1995). Este autor, en una revisión acerca de las contribuciones del ejercicio físico y el deporte en la salud mental y el ajuste social, resalta el papel preventivo del ejercicio en el deterioro de la salud mental.

Landers (1983 citado en Rubio, K. 2001) señala que, desde mediados de la década de los 50 hasta mediados de los años 60 las investigaciones en Psicología del Deporte se caracterizan por el empirismo, y gran parte de los estudios se dirigen hacia la investigación de la personalidad.

Aunque posteriormente fuera criticado, cabe destacar, en este sentido, el aporte de Cureton (1963 citado en Marquez 1995) al desarrollo de la Psicología del Deporte y el Ejercicio Físico. Este investigador expone las conclusiones de su estudio afirmando que la mejora en la aptitud física conlleva cambios positivos en la personalidad.

En el Primer Congreso Mundial de Psicología del Deporte, celebrado en Roma en 1965, este incipiente campo de conocimiento expone y divulga sus primeros trabajos que se enfocan en factores psicológicos como la autoestima y la personalidad de los practicantes de actividades físicas y su incidencia en el rendimiento deportivo, explica Barrios, R. (2005).

Aparecen, pocos años después, las primeras investigaciones focalizadas en los efectos que provoca la práctica de ejercicio físico sobre los estados de ánimo. Uno de los primeros intentos de evaluar la influencia del ejercicio físico en la depresión es la investigación a cargo de Morgan et. al. (1970) con hombres de mediana edad diagnosticados con algún tipo de depresión.

Weinberg, R. y Gould, D. (1996) señalan que, desde mediados de la década de 1970 hasta el año 2000, la psicología del deporte y el ejercicio tiene un importante crecimiento, tanto en América del Norte como en el resto del mundo. Así mismo subrayan, que dicho desarrollo permite que se lleven a cabo investigaciones con mayor frecuencia y con metodologías más rigurosas. Surgen entonces, explican los autores, nuevas formas de investigación cualitativa e interpretativa que tienen mayor aceptación por parte de la comunidad científica hacia fines de este período.

En el siglo XXI, escribe Barrios, R. (2005), se desarrollan sistemas informáticos específicos para las investigaciones en psicología del deporte, se incrementan y mejoran las metodologías de investigación, ya no solo en los laboratorios sino en el campo específico de cada disciplina y se utilizan instrumentos más ajustados a aquello que se persigue evaluar. También crece la difusión de los trabajos de investigación y la divulgación de la información novedosa a través del establecimiento de nuevas publicaciones especializadas en el tema, sostiene el autor.

5.3.2- Críticas a las investigaciones

Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, (2008) sostienen que la dificultad para desarrollar estudios experimentales de causa-efecto en lo relativo a la insidencia del ejercicio físico sobre aspectos psicológicos y emocionales de los practicantes, hace que los efectos del ejercicio

sobre la salud física estén mejor establecidos que sobre el bienestar psicológico. Por ello la mayoría de los estudios que han investigado la relación entre el ejercicio físico y las disminuciones en los niveles de ansiedad y depresión han sido correlacionales, es decir que no es posible afirmar de forma concluyente que el ejercicio es la causa que produce el cambio en el estado de ánimo, sino que lo que es posible afirmar es que el ejercicio físico parece estar asociado a cambios positivos en el estado de ánimo, señalan los autores.

Petrezuello, S. (1999) sostiene que esta imposibilidad de parámetros de homogeneidad que exigen las investigaciones científicas sobre salud no es producto solamente del número insuficiente de estudios relevantes que han aparecido, sino, también, un reflejo de problemas metodológicos comúnmente criticados, tales como la falta de grupos control con placebo, el uso de muestras pequeñas y la falta de control de variables intervinientes.

Por otra parte, Biddle, S. y Mutrie, N. (1991) agregan que esta falta de homogeneidad de los resultados no se debe únicamente a la diferente metodología, sino a otras variables intervinientes tales como las características de la muestra (clínica o no clínica; homogénea o heterogénea, etc.), de los instrumentos de medida y, sobre todo, del entrenamiento aplicado (el volumen, intensidad y duración), que en muchas ocasiones hacen que los resultados obtenidos sean difícilmente comparables. La diversidad y variabilidad de los instrumentos, muestras poblacionales y procedimientos dificultan no sólo la comparación de información sino y, por sobre todo, la generalización de resultados, puntualizan los autores.

Con respecto a los instrumentos que se utilizan para evaluar la depresión y los cambios en el estado de ánimo en las investigaciones, Morgan (1997) sostiene que, la gran mayoría de la literatura que trata acerca de los efectos psicoemocionales del ejercicio físico ha confiado en el uso de inventarios autoadministrados para medir constructos del tipo de la ansiedad o la depresión. Estos cuestionarios, agrega el autor, suelen tener opciones de sí-no, verdadero-falso, nada-poco-mucho, etc. Sin embargo, apunta este investigador, el alcance que tienen estos inventarios de dominio psicométrico para captar y aprovechar el significado de la importancia que tiene el ejercicio físico para la persona no ha sido evaluado. En otras palabras, expresa el autor, los investigadores pueden utilizar tests objetivos, validados y confiables de ansiedad o depresión para cuantificar los efectos psicológicos del ejercicio para encontrar que no se ha producido "efecto" alguno, aunque de hecho pueden haber ocurrido múltiples efectos (agresión, paz, enojo, alegría, etc.). Respecto de este tema Ekkekakis, P., et. al. (2013) agregan que, al utilizar una prueba, el investigador debe entender que su uso implica un acuerdo con su base teórica, directa o indirectamente. Y debe comprender y aceptar, también, las limitaciones que ese constructo tiene.

Petrezuello, S. (1999) señala respecto de los procedimientos aplicados que, a pesar de acumular rápidamente evidencia de los beneficios afectivos asociados con la ejercitación física tales como la disminución de la ansiedad, la depresión y los estados de ánimo negativos,

la información sobre los efectos de dosis-respuesta sigue siendo escasa.

En el mismo sentido, Dishman (1986) especula sosteniendo que parece poco probable que todos los tipos, volúmenes y configuraciones de ajustes de ejercicio afecten a todos los aspectos de la salud mental para todas las personas.

Sin embargo, en lo que se refiere a las investigaciones que se enfocan en la relación entre ejercicio y depresión, desde el punto de vista de Petrezuello, S. (1999), el mayor problema es la falta de profundización teórica en la mayoría de las investigaciones. Gran parte de los estudios publicados, profundiza el autor, siguen siendo puramente descriptivos y carecen de explicaciones teóricas que den cuenta de la relación entre estas dos variables.

Considerando estos requisitos, el autor propone que la solución más adecuada en este punto parece ser la transición a un modelo dimensional del afecto. La clasificación categorial de opuestos que consideran los estados afectivos como entidades discretas exige una representación conceptual cohesiva de las relaciones sistemáticas entre los estados afectivos. La ventaja relativa de un enfoque dimensional en el contexto de ejercicio es la amplitud de alcance que éste puede ofrecer. Dada la actual falta de comprensión de la naturaleza de los cambios afectivos asociados con el ejercicio, se hace preferible mantener una perspectiva amplia en lugar de seguir un enfoque categórico, propone el autor.

Señala Morgan (1997) que la posibilidad de demostrar una relación de causalidad entre el ejercicio y las modificaciones psicológicas en el individuo , a diferencia de establecer la mera asociación entre estas dos variables , es muy difícil que suceda en la medida en que no se lleven a cabo intervenciones bien diseñadas.

CAPITULO 6: HIPÓTESIS ELABORADAS DESDE DIFERENTES MARCOS TEÓRICOS QUE BUSCAN EXPLICAR EL "¿POR QUÉ?" DEL EFECTO POSITIVO DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL TRATAMIENTO Y EN LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Morgan (1997) sostiene que la evidencia retrospectiva, teórica, experimental y correlacional sugiere que la práctica de ejercicio físico, tanto agudo como crónico, está asociado con la mejora del estado afectivo de sus practicantes, especialmente en aquellos que sufren depresión leve o moderada. El gran desafío ahora, propone el autor, es encontrar "por qué" sucede esto; develar los mecanismos subyacentes a estos cambios, lo que permitiría encontrar una explicación plausible y una mejor comprensión del tema.

En la misma línea argumentativa Craft, L. (2004) sostiene que a pesar de que los estudios dejan bien establecida la relación entre el ejercicio físico y la disminución en la sintomatología depresiva, los mecanismos subyacentes a estos efectos antidepresivos permanecen hasta hoy en el debate.

En este apartado se presentan las diversas elaboraciones teóricas que se elaboran, proponen y se están poniendo a prueba acerca de los diferentes mecanismos por los cuales el ejercicio físico ejerce su acción sobre el trastorno depresivo.

6.1- Hipótesis fisiológicas: termogénica, las endorfinas y las monoaminas.

Chaouloff, F. (1989) expone que entre los mecanismos neuroquímicos que han sido propuestos y en los que se ha avanzado para explicar la mejora en el estado de ánimo asociada con la participación en ejercicios físicos, las relacionadas a la acción de las endorfinas es citada frecuentemente. Sin embargo, señalan el autor, las investigaciones farmacológicas más recientes tienden a indicar que la relación entre el cambio en el estado del ánimo y la secreción de endorfinas, producto del ejercicio físico, si bien es ajustada está lejos de ser unívoca.

Otro fuerte candidato como explicación del soporte neuroquímico para la elevación del estado de ánimo como efecto del ejercicio físico son las monoaminas: las catecolaminas (adrenalina, noradrenalina y dopaminas) y la serotonina. Esta hipótesis aminérgica, profundiza Chaouloff, F., está basada en dos observaciones sumamente relevantes: el ejercicio físico afecta el metabolismo central monoaminérgico y las monoaminas están involucradas en la patogenia de la depresión. Otros mecanismos fisiológicos muy fundamentados y creíbles

fueron descriptos, tales como la justificación termogénica, completa el autor.

6.1.1- Hipótesis termogénica

La hipótesis termogénica sugiere que un aumento en la temperatura corporal central después del ejercicio es responsable de la reducción de los síntomas de la depresión. De Vries, H. (1981), explica que los aumentos en la temperatura de las regiones específicas del cerebro, tales como el tronco cerebral, pueden conducir a una sensación general de relajación y reducción de la tensión muscular. Mientras que esta idea de un aumento de la temperatura del cuerpo se ha propuesto como un mecanismo para la relación entre el ejercicio y la depresión, la investigación llevada a cabo en la hipótesis de termogénico ha focalizado su trabajo con mayor énfasis en el efecto del ejercicio sobre los estados de ansiedad que sobre los estados depresivos, aclara el autor.

6.1.2- Hipótesis relacionada con las endorfinas

La hipótesis de las endorfinas propone que el ejercicio tiene un efecto positivo sobre la depresión debido a un aumento de la liberación de beta - endorfinas siguiente ejercicio .

Las endorfinas son hormonas que están relacionadas con un estado de ánimo positivo y una mejor sensación general de bienestar. Además estas hormonas inhiben la información de las fibras nerviosas que transmiten el dolor, generando analgesia y sedación.

En esta línea, Mucio-Ramírez, J. (2007) expone que existen múltiples evidencias confirmadas de que las técnicas de relajación, meditación, yoga etc., las ejercitaciones cardiovasculares de diferentes intensidades, así como juegos y deportes que impliquen movimiento promueven la liberación de endorfinas, que dan la sensación de bienestar, de manera que son herramientas útiles que pueden ayudar a los individuos a mantenerse tranquilos en situaciones estresantes o de intranquilidad.

También Marquet,P. (1999) revela que el estrés provocado por el ejercicio físico intenso produce incremento significativo de los niveles plasmáticos de beta-endorfina y afirma que estos resultados coinciden con los de otras investigaciones.

Es relevante destacar que en estudios realizados con personas ansiosas o con depresión ansiosa se evidencia que, si bien sus niveles plasmáticos de beta-endorfina basales son altos comparados con los sujetos control, los mismos disminuyen más en los ansiosos y los depresivos ansiosos que en los controles después de una prueba de ejercicio físico, agrega Mucio-Ramírez, J. (2007).

Los opioides endógenos contribuyen a la modulación y regulación del eje HPA, incluyendo la respuesta al estrés explica Mucio-Ramírez, J. (2007). El eje hipófisis-pituitaria-

adrenal o HPA es el sistema neuroendócrino involucrado en la mediación de la respuesta al estrés. La CRH (hormona liberadora de corticotropina) regula y controla de manera muy importante este eje.

La hormona CRH se produce en unas neuronas ubicadas en una zona integradora del hipotálamo que recibe aferencias del tallo cerebral, del puente, del sistema límbico y del hipotálamo. Este grupo de conexiones proporcionan la información del estado motivacional del ser humano o transmiten otras señales específicas del estrés. Y el eje HPA incrementa su actividad o la disminuye producto de la retroalimentación de la hormona CRH, explica el autor.

Los péptidos opioides, apunta este investigador, no solo disminuyen las respuestas endocrinas y autónomas del estrés inducido, por ejemplo elevando el cortisol que es una de las sustancias shut off del eje HPA, sino que también estimulan estos sistemas efectores cuando no hay estrés.

Se han identificado 4 familias distintas de péptidos opioides endógenos, profundiza Mucio-Ramírez, J. (2007), las encefalinas, dinorfinas, endorfinas (β -endorfina, α -endorfina, etc.) y recientemente la nociceptina.

La participación de los péptidos opioides en áreas cerebrales relacionadas con el estrés es diversa, explica el autor. En el locus coeruleus los péptidos opioides intervienen en la euforia y causan la sensación de bienestar. En estructuras del sistema límbico intervienen en el comportamiento emocional, en el estado afectivo y también en el desarrollo de la euforia.

La nociceptina/orfanina-FQ. La N/OFQ, miembro de la familia de los opioides, profundiza Mucio-Ramírez, J. (2007), participa en la modulación neuroendocrina, así como en el estrés. Se ha comprobado que la N/OFQ actúa como ansiolítico en ratas y ratones

Sin embargo, esta línea de investigación no ha estado exento de críticas. No está claro, apunta Craft, L. (2004), que el aumento en sangre de las endorfinas vaya siempre relacionado con un cambio del estado de ánimo. El debate sigue siendo si las endorfinas en plasma reflejan la actividad de endorfinas en el cerebro.

Algunos, como Johnsgard, K. (1989) y Morgan, W. (1985), han argumentado que, incluso si los niveles de endorfinas periféricos no son un reflejo de la química del cerebro, podrían todavía estar asociados con un cambio en el estado de ánimo o sentimientos de depresión. Otros estudios, como el de Regier et. al. (1998), el estudio de Farrell, P et. al. (1985) y el de Bortz et. al. (1981), verifican el aumento en plasma endorfinas posterior al ejercicio, pero afirman que esta elevación no está directamente vinculada a la reducción de la depresión. Regier et. al. (1998) sugieren que las endorfinas juegan un papel secundario en esa sensación de cambio del estado del ánimo.

6.1.3- Hipótesis relacionada con las monoaminas.

Craft, L. y Perna, F. (2004) explican que esta justificación establece que el ejercicio conduce a un aumento en la disponibilidad de los neurotransmisores cerebrales (por ejemplo, la serotonina, la dopamina y norepinefrina) que se disminuyen con la depresión. En diversas investigaciones se comprueba que estos neurotransmisores aumentan en el plasma y la orina después del ejercicio, pero si el ejercicio conduce a un aumento de neurotransmisores en el cerebro permanece en discusión.

Blomstrand, E. et. al. (1989) revelan que el entrenamiento aeróbico en ratones reporta un aumento en la proporción de la concentración plasmática de triptófano y otros grandes aminoácidos neutros y un aumento en la concentración de triptófano (aminoácido esencial para la producción de serotonina) en las seis áreas del cerebro que se estudian en esta investigación. Los autores informan, también, de aumento en el nivel de dopamina en el tallo cerebral y el hipotálamo. Con estos resultados llegan a la conclusión de que estos aumentos en los niveles de triptófano y dopamina pueden desempeñar un papel central en los efectos del ejercicio sobre el estado de ánimo.

La relación entre el ejercicio y la neurotransmisión cerebral, también es abordada en 1995 por Meeusen, R. y De Meirleir, K. (1995). Los autores, integrantes del Departamento de Fisiología y Medicina del Deporte de la Universidad Vrije de Bruselas, afirman en este trabajo que si bien existen grandes discrepancias en los protocolos de investigación, los resultados muestran la existencia de cambios en la síntesis y el metabolismo de las monoaminas durante el ejercicio. Entendiendo que la concentración en plasma y orina no puede justificar los incrementos y comportamientos cerebrales de las monoaminas estos investigadores se esperan con que las técnicas como la microdiálisis y voltametría, que se introducen para medir la liberación in vivo de los neurotransmisores en el cerebro de los animales, permitan ampliar la cantidad y cualidad de investigaciones para poder, finalmente, entender los procesos de aumento de liberación aminérgica durante y después del ejercicio.

Meeusen, R. (2005) retoma el tema y señala que con técnicas de microdiálisis ya incorporadas en las investigaciones, la liberación de neurotransmisores en distintas áreas del cerebro de animales de experimentación mientras realizaban ejercicio, se probaba claramente. Monitorear la relación entre la liberación de neurotransmisores durante el ejercicio y las conductas motoras, permite al autor proponer que los efectos benéficos del ejercicio sobre el estado de ánimo, que se relacionarían con factores neurotróficos.

En el mismo sentido, Duman, R. y Monteggia, L. (2006), sostienen que para comprender la información de que la actividad física regular reduce la depresión y la ansiedad en los seres humanos se han utilizado investigaciones centradas en modelos animales. Los

autores afirman que su estudio sobre ratones sometidos a la ejecución de actividad crónica en la rueda de ejercicio, revela que los niveles de norepinefrina, serotonina, dopamina y ácido gamma-aminobutírico (GABA) aumentan en estado de reposo posterior al ejercicio. Sin embargo, apuntan los investigadores, cabe discutir la validez de los modelos animales para el estudio de la depresión y la ansiedad, no sólo debido a las diferencias neurofisiológicas, sino también a las diferencias que implican el ejercicio físico forzado y el ejercicio voluntario.

Craft, L. y Perna, F. (2004) afirman que los estudios en animales, como los mencionados y el de Dishman, R. (1997), entre muchos otros, sugieren que el ejercicio aumenta la serotonina, la dopamina y norepinefrina en varias regiones del cerebro esta relación no se ha confirmado unívocamente en seres humanos, aún. Martinsen, E. (1987), plantea que muy a menudo es difícil en los seres humanos probar hipótesis bioquímicas debido a los procedimientos invasivos necesarios para obtener muestras (por ejemplo, punciones lumbares para las muestras de líquido cefalorraquídeo). Además, señala Craft, L. y Perna, F. (2004), las muestras bioquímicas obtenidas de la sangre u otros fluidos corporales no pueden reflejar directamente la actividad de estos compuestos en el cerebro. Así el autor afirma que, mientras que varios mecanismos fisiológicos siguen siendo plausibles, dificultades metodológicas hacen difícil el avance en esta línea de investigación y se espera con que nuevos métodos de neuroimágenes permitan profundizar estas hipótesis.

Ya en 2014 Melancone, M., Lorreine, D. y Dionne, I., partiendo de los resultados y conclusiones de estudios anteriores, realizan una investigación con treinta y seis adultos mayores de 63 años que realizan un entrenamiento aeróbico de diez y seis semanas. Los datos relevados, sostienen los autores, apoyan la afirmación de que la elevación de la serotonina cerebral en la actividad física podrían estar involucrados en el efecto antidepresivo de la práctica de ejercicio en adultos mayores.

Sin embargo, en una investigación realizada por Hennings, A. et.al. (2013) realizada con 48 sujetos con depresión mayor, después de tomar los niveles basales de triptófano, ácido 5-hidroxiindolacético (metabolito principal de la serotonina), neopterina (sustancia liberada durante la activación del sistema inmune) y compararlos con los valores recogidos de después de una semana de actividad física intensa y una semana de actividad física reducida. Los resultados revelan una reducción de los niveles de depresión. Pero, a pesar de estas modificaciones en el estado de ánimo, los autores no encuentran asociaciones sistemáticas entre la mejoría de los síntomas con los cambios biológicos.

Aún cuando los resultados de los estudios no son totalmente unívocos, la hipótesis de la monoamina parece ser el más prometedor de los mecanismos fisiológicos propuestos, sostiene Mucio-Ramírez, J. (2007).

Todos los estudios relevados sugieren continuar las investigaciones sobre en esta línea de trabajo.

6.2- Hipótesis Psicológicas elaboradas por la Psicología aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico

Se han propuesto, también, a lo largo de estos años, varios mecanismos psicológicos que explicarían el cambio en el estado de ánimo asociado a la ejercitación física, exponen Craft, L. y Perna, F. (2004). Así mismo, apunta la autora, tal como sucede con los mecanismos fisiológicos propuestos como subyacentes a estas modificaciones, muchas de estas conceptualizaciones no han sido probadas extensivamente.

6.2.1- Hipótesis de la distracción

La hipótesis de la distracción sugiere que la actividad física sirve como una distracción de las preocupaciones y pensamientos monotemáticos y negativos propios de la depresión, explican Craft, L. y Perna, F. (2004). El modelo de la psicología conductual, una de las fuentes de referencia y soporte de la psicología del deporte y del ejercicio físico, brinda los fundamentos que permiten proponer y sostener esta justificación, amplía la autora.

Mazzulla, M. y Gómez, B. (2011) señalan que la terapia conductual hace aportes significativos respecto del tratamiento de la depresión. Exponen que este modelo terapéutico entiende la depresión como consecuencia de tres condiciones, a saber: deficiencia en el repertorio de habilidades de la persona, carencia de reforzadores potenciales en las circunstancias en las que la persona se desenvuelve y la disminución de la capacidad para disfrutar de experiencias positivas. Con este fundamento, amplían, la terapia de la conducta desarrolla y propone poner en práctica en la clínica, programas para el aumento de actividades agradables y mejora de las habilidades sociales.

Craft, L. y Perna, F. (2004) agregan que, en general, se ha demostrado que el uso de actividades de distracción, como un medio para hacer frente a la depresión, puede dar lugar a una mayor reducción de sus síntomas, que el uso de otro tipo de actividades de carácter auto-centrado o introspectivas, como sería, por ejemplo, llevar un diario o identificar adjetivos positivos y negativos que describan el actual estado de ánimo de la persona deprimida.

Desde esta perspectiva, explican Craft y Perna (2004), la práctica de ejercicio físico ha sido comparada con otras actividades de distracción, como la relajación, entrenamiento en asertividad, la educación sanitaria y actividades de contacto social.

Los resultados de un gran número de investigaciones, como las de Martinsen, E. et. al. (1989) y Klein, M. et. al. (1985) entre otras, han sido concluyentes revelando que el ejercicio físico es más eficaz que algunas de estas actividades y similar, en su eficacia, a otras, respecto de su capacidad para ayudar en la reducción de los síntomas depresivos, señalan los autores.

Sin embargo, desde otros desarrollos terapéuticos esta justificación parece limitada.

Bandura, A. (1987) afirma que el aprendizaje por experiencia directa a partir de las consecuencias de la respuesta no es el único modo de aprender. Si el conocimiento sólo pudiera adquirirse a través de los efectos de nuestros actos, señala Pagés, S. (2011), los procesos de desarrollo cognitivo y social se verían muy retardados.

6.2.2- Hipótesis de la autoeficacia

La mejora de la autoeficacia y su percepción, a través de la participación en prácticas de ejercicio físico, puede ser otro modo de explicar de qué manera el ejercicio ejerce sus efectos antidepresivos, expone Craft, L. (2004).

Bandura, A. (1987) postula que la mayor parte del aprendizaje del ser humano se produce al ver actuar a los demás congéneres. Esta teoría del aprendizaje propone una concepción de la conducta y la personalidad interaccional, explica Pagés, S. (2011). En esta concepción la conducta, los factores cognitivos (y otros aspectos personales) y los factores ambientales se afectan entre sí. Por ello, amplía el autor, se entiende que en las transacciones de la vida cotidiana, que se dan en diferentes circunstancias y entre individuos distintos, no sólo la conducta personal altera todas estas condiciones ambientales y, a su vez, se ve alterada por las condiciones que ella misma contribuye a crear, sino que los determinantes cognitivos median y operan bidireccionalmente en este sistema.

Desde estas formulaciones, se entiende que las personas no se limitan a verse influidas por el contexto (estímulo), emitir respuestas y experimentar sus resultados como reforzamiento conductual, sino que ejercen su influencia de manera recíproca a través de sus creencias y motivaciones personales, especifica Pagés, S. (2011). Es debido a esta concepción que en la psicología del deporte y el ejercicio físico se teoriza acerca de la importancia que tienen las cogniciones sobre la autoeficacia como determinantes de comportamientos, patrones de pensamiento y reacciones afectivas en situaciones percibidas como un reto por la persona, sostiene Petrezuello, S. (1999).

Este investigador sostiene que, de acuerdo con Bandura, la percepción de la autoeficacia se refiere a la creencia que la persona posee acerca de la propia capacidad para movilizar la motivación, los recursos cognitivos y los cursos de acción necesarios para enfrentar y satisfacer las demandas situacionales. Así como la confianza de que con estas habilidades personales la tarea se puede completar con el resultado deseado.

Craft, L. (2004), expone en su trabajo, que Bandura describe cómo las personas deprimidas se creen y se sienten a menudo ineficaces para lograr resultados positivos deseados en sus vidas. Estas creencias dan lugar a una baja eficacia para hacer frente a los síntomas de la depresión. Esta ineficacia puede conducir a una auto-evaluación negativa de sí mismo, a pensamiento monotemático, y a estilos de pensamiento defectuosos por su sesgo

negativo, apunta la autora.

Se ha sugerido que el ejercicio, sobre todo el que se realiza en grupo, puede constituirse en un modo eficaz a través del cual se mejore la autoeficacia de las personas que padecen una depresión, apunta Petrezuello. Esta conceptualización, amplía el autor, se apoya en la posibilidad que tiene la práctica de ejercicio físico de proporcionar a la persona una experiencia significativa de dominio y de éxito en la tarea.

En la misma línea, Sime, W. (1984) señala que las sensaciones corporales y de dominio que se viven con la realización de ejercicio pueden ayudar a salir de estados depresivos a través de la mejora en la percepción de la autoeficacia, la mejora de la imagen corporal y el autoconcepto que se asocian al ejercicio.

Sin embargo, cabe señalar, apunta Craft, L., que las investigaciones que examinan la asociación entre la actividad física y la autoeficacia y que concluyen que con la mejora de la autoeficacia física mejora el estado de ánimo y el autoconcepto de los practicantes se han centrado principalmente en la población general. La autoeficacia en población diagnosticada con depresión ha recibido mucha menos atención. Los resultados de los pocos estudios que examinan esta relación no han sido unívocos en cuanto a si el ejercicio conduce a una mejora de los sentimientos de eficacia generalizados, afirma la autora.

6.3 - Un punto de partida diferente. El ejercicio físico implica al cuerpo, un cuerpo que, desde la perspectiva del psicoanálisis, se construye.

Crisorio, R. (1998) plantea que la indistinción entre lo real y la realidad (entre lo que es y lo que se construye en relación a lo que es) permite a la psicología del deporte y ejercicio físico, desprendimiento de la educación física tradicional, suponer que se ocupa del cuerpo cuando, en realidad, sólo se ocupa del organismo. A lo largo del siglo XX, ese cuerpo orgánico, esa organización de funciones y órganos resuelto, como dice Jacob (1977), "primero en células, después en cromosomas y genes y últimamente en moléculas de ácido nucleico" está en la base de todos los proyectos e investigaciones de la Educación Física.

Crisorio, R. (2012) explica que el organismo se refiere al cuerpo natural. Tanto si se lo concibe como propiedad o cualidad que encarna en los hombres lo que es natural o más natural en ellos que tiene la fuerza intrínseca de llegar a ser en el curso de un desarrollo o crecimiento (conceptualización biológica); como si por él se entiende un cuerpo perteneciente a la Naturaleza en cuanto universal, y por lo tanto primario, dado, constante y que hay que conocer tal como efectiva y naturalmente es (conceptualización física).

Desde esta perspectiva, el organismo se refiere a la condición contingente del cuerpo, que mantiene la acción humana dentro de los límites de determinadas posibilidades anatómicas y fisiológicas, a su configuración biológica como sustrato preexistente a un sujeto entendido como su epifenómeno, e incluso al bagaje genético del sujeto. El cuerpo es distinto del organismo, sostiene el autor.

En las investigaciones relevadas el cuerpo que se ejercita, que se evalúa, que se estudia y analiza es, como explica Crisorio, R., físico, material, natural; un elemento primario, fundamental, permanente, innato, dado, que tiene un modo de ser que le es propio y que hay que conocer como efectiva y naturalmente es; que pertenece a la Naturaleza, o al conjunto de las cosas naturales en tanto reales. Probablemente porque para el pensamiento occidental el cuerpo "es así" y es un supuesto que no merece ponerse en cuestión para este campo de conocimiento, profundiza Crisorio, R. (2012).

El Psicoanálisis no niega el cuerpo sustancial, extenso, que la fisiología define en su objeto. Existe un organismo, qué duda cabe, como existe un sistema nervioso, quién lo dudaría, y huesos, músculos y articulaciones. Pero nada de eso es el cuerpo, el cuerpo no pertenece a lo real, afirma Crisorio.

En el mismo sentido, Schejtman, C. (2004) subraya que el sujeto no nace con un cuerpo. El cuerpo se construye. Este planteo queda bien claro en Freud y sumamente patente en Lacan, apunta la autora.

Shejtman, C. (2004) señala que en la década del cincuenta Lacan (1953) instala con profundidad la intersubjetividad en el psicoanálisis como matriz de la constitución subjetiva, marcando la impronta del otro en la constitución del psiquismo, y postulando la idea del ternario estructural, donde el padre como tercero, "el nombre del padre", interviene desde esa función específica como separador de la unidad madre – hijo.

Siguiendo con esta idea, Carpintero, E. (2008) sostiene que el cuerpo, es definido desde el Psicoanálisis, como el espacio que constituye la subjetividad del sujeto, sujeto que se construye.

En "Tres ensayos de una teoría sexual" Freud (1905) establece una relación entre el yo y el cuerpo. Sostiene que la libido yoica se formaría a partir de la libido que inviste parte del cuerpo y los órganos. También en el Complejo de Edipo Freud deja abierto el camino para comprender la estrecha relación que propone entre el yo y el cuerpo. El complejo de castración produce angustia ya que el sujeto percibe esta amenaza como injuria narcisista. La castración amputaría una parte del narcisismo, es decir una parte del yo. El yo se ve amenazado en su integridad producto de esa amenaza al cuerpo y por ello activa la defensa psíquica.

En este sentido puede decirse que al cuerpo lo constituye un entramado de tres aparatos, profundiza Carpintero, E.: el aparato psíquico, con las leyes del proceso primario y

secundario; el aparato orgánico con las leyes de la físico-química y la anátomo-fisiología; el aparato cultural, con las leyes económicas, políticas y sociales.

Entre el aparato psíquico y el aparato orgánico, subraya el autor, hay una relación de contigüidad; en cambio, entre éstos y el aparato cultural va a existir una relación de inclusión. La cultura no es el medio, el entorno, como contexto sino que se concibe como texto que atraviesa -textualiza- al individuo humano, completa Crisorio, R. (1998).

En este sentido, puntualiza Carpintero, E., el organismo no sostiene a lo psíquico ni la cultura esta sólo por fuera: el cuerpo se forma a partir del entramado de estos tres aparatos donde la subjetividad se constituye en la intersubjetividad. Por ello la cultura está en el sujeto y éste, a su vez, está en la cultura. Este cuerpo delimita un espacio subjetivo

Crisorio, R. (1988) escribe que el psicoanálisis designa lo que el conocimiento humano construye con la palabra realidad, dejando "real" para significar lo que queda fuera de la acción constructiva del sujeto humano y que constituye la referencia necesaria de esa construcción. Desde esta perspectiva, continúa el autor, la afirmación de que el cuerpo se construye. De modo que el cuerpo es secundario: el cuerpo pertenece a la realidad en tanto, desde Freud, la realidad se construye.

Estas ideas le permiten a Crisorio, R. (1988) afirmar que el cuerpo, entonces, como realidad construida, desdibuja sus contornos individuales para aparecer como un cuerpo literalmente social del cual cada cuerpo singular es un ejemplo particular particularmente construido en la confluencia de significados privados y sociales, familiares y culturales, sencillos y complejos, presentes y pasados; cuya historia comienza antes del nacimiento y se prolonga incluso más allá de la muerte en los términos que ha señalado el psicoanálisis.

En este sentido se podría decir que, el aporte de la mirada psicoanalítica a la eficacia del ejercicio físico sobre los síntomas depresivos, parte de comprender que el ejercicio físico no implica al cuerpo universal (con sus principios anatómicos y fisiológicos) sino a un cuerpo construido intersubjetivamente en un momento socio-histórico, un cuerpo que es un sujeto con su propia historia y significaciones.

6.4 - El ejercicio físico se asocia a efectos positivos sobre el estado de ánimo, las inhibiciones yoicas y la sintomatología de las personas deprimidas. ¿Qué podría aportar el psicoanálisis?

En un nivel, señala Rubinstein, R. (2003), el movimiento humano implica el cuerpo, incluye la utilización del sistema motor y está relacionado con la acción, tal como se expuso

hasta aquí. En otro, continúa el autor, se observa que el movimiento tiene determinantes psíquicos y aspectos psicosomáticos que no suelen ser estudiados y que este psicoanalista propone considerar.

En este apartado, y siguiendo la perspectiva planteada por este investigador, se consideran ambos aspectos, el cuerpo, en tanto uso del sistema motor relacionado con la acción, y los determinantes psíquicos y aspectos psicosomáticos que se implican en el movimiento humano para reflexionar, desde el pensamiento psicoanalítico, acerca de los fundamentos que explicarían los efectos positivos del ejercicio físico en el trastorno depresivo.

6.4.1 - El movimiento fuente de satisfacción narcisista y placer erógeno.

Existe en el ser humano, explica Rubinstein, R. (2003), una tendencia al movimiento, que comparte con otros seres vivientes. Tendencia que puede vincularse con la conservación de la vida.

Sobre esta tendencia, proveniente de lo biológico, señala este psicoanalista, cabalga un andamiaje psíquico que de manera constante, provocará un empuje, pulsará a la actividad física. Esta perentoriedad de la pulsión (que es una de sus características) es el factor motor, es la cantidad de exigencia de trabajo impuesta a lo anímico por su conexión con lo somático.

Desde el punto de vista económico, profundiza el autor, la cualidad del placer se traduce en reducción de la tensión e implica, al mismo tiempo, la satisfacción de la necesidad. Por ello la reducción de la tensión quedará fuertemente ligada al movimiento.

Rubinstein, R. (2003) propone, además de lo expuesto, una multicausalidad en la obtención de placer con el movimiento.

Desde lo biológico, el ejercicio provoca la liberación de sustancias endógenas, las endorfinas, de efecto estimulante, expone el autor; relevando este aspecto fisiológico de todos los expuestos en el capítulo anterior.

En esta misma línea de lo biológico, Freud (1905) sostiene que, a nivel corporal, el movimiento produce tres clases de afectos estimulantes, "(...) a saber: sobre el aparato sensorial de los nervios vestibulares, sobre la piel y sobre partes más profundas, esto es los músculos y las articulaciones (...)" (Sigmund Freud 1905, p. 47).

Rubinstein, R. (2003), retomando este planteo freudiano, propone que existiría, entonces, un placer pasivo, producido por la repetición de movimientos mecánicos (mecerse, respirar durante la relajación, el movimiento en un viaje en auto, etc.), ligado al autoerotismo y

otro activo, que se puede encontrar, evolutivamente, en la autopercepción de los logros conseguidos en el tránsito de la dependencia a la autonomía, más ligado al narcisismo. El autor lo denomina activo por sus pulsiones propias.

Una parte de este placer narcisista, profundiza el autor, deriva de las vivencias relacionadas con el control y dominio del propio cuerpo y del aparato locomotor. Otra parte se relaciona con los objetos y el medio circundante como metas de la pulsión de dominio. En este sentido, ya Freud, S. (1915) sostiene que el yo va desarrollando la tendencia activa de apoderarse del objeto de la satisfacción y así amarlo.

Rubinstein, R. (2003) propone que la actividad física suscita un movimiento regresivo del psiquismo en varios niveles, entre ellos, de la libido hacia el yo (narcisismo) y de allí a sus componentes autoeróticos.

Estas conceptualizaciones permitirían formular la hipótesis de que la persona con un estado depresivo que realiza ejercicio físico podría mejorar su estado de ánimo y experimentar una disminución de sus inhibiciones y síntomas depresivos producto del placer autoerótico que vivencia durante esta actividad y de la disminución económica de la carga anímica que produce este trastorno (M. Mosner, 26 de agosto de 2015, comunicación personal).

6.4.2 - La pulsión de dominio, constitutiva del yo y precursora de la pulsión saber.

Rubinstein, R. (2003) propone que en el ejercicio físico existiría un placer ligado a lo activo del mismo que se encuentra evolutivamente en la autopercepción de los logros conseguidos en el tránsito de la dependencia a la autonomía, ligado al narcisismo.

Una parte de este placer narcisista, sostiene el autor, deriva de vivencias relacionadas con el control y el dominio del propio cuerpo, y del aparato motor, y otra parte se relaciona con el vínculo con los objetos y el medio circundante.

Rubinstein profundiza lo expuesto explicando que en el niño se observa la necesidad de movimiento para separarse de la madre (alejarse del objeto primario), actividad necesaria para el desarrollo mental y psicológico que se manifiesta primero en el gateo y, más tarde, en la marcha. Hacerse dueño del propio cuerpo, explorar el medio circundante e ir apoderándose de los objetos que lo rodean, merced al ejercicio del poder muscular, son fuentes de satisfacción narcisista y de placer erógeno, continúa Rubinstein. En el desarrollo ontogenético este "adueñarse" se realiza bajo el imperio de las pulsiones de autoconservación y, posteriormente, de la pulsión de dominio y es el proceso, como queda dicho más arriba, que permite transitar del auxilio de las figuras significativas a la autonomía.

Al afirmarse el yo en la conquista del objeto, explica Rubinstein, producto de la pulsión de dominio, también lo hace el poder de la omnipotencia infantil que se instaura, no por la tentativa de fusión con él, sino por la supresión de la resistencia del objeto.

Como sostiene Guiter (1991), desde el narcisismo de autoafirmación o de vida, hay una aspiración a expandirse a costa de los objetos. Rubinstein, retomando esta idea, explica que no se trata de someter al otro sólo para satisfacer una necesidad o deseo, sino también, para ser reconocido.

Freud realiza diferentes referencias a la pulsión de dominio que serían aplicables al ejercicio físico y al deporte, señala Rubinstein.

En "Tres ensayos de una teoría sexual" Freud (1910) considera la musculatura como soporte de la pulsión de dominio.

En "Pulsiones y destinos de pulsión" Freud (1915) deja entender que la pulsión de dominio está asociada a la crueldad infantil, secundariamente unida a la sexualidad. Precocemente la pulsión de dominio encuentra reforzamiento en la pulsión sexual anal-sádica proveniente de la zona erógena que constituye la musculatura anal.

La pulsión de dominio permite, tal como lo explica Freud (1913) en "La predisposición a la neurosis obsesiva", la actividad como antitética de la pasividad (apoyada en el erotismo anal).

También Winnicott se refiere la relación entre el dominio y la omnipotencia narcisista cuando expone las ideas acerca de dónde empieza el jugar. Winnicott (1971) explica una secuencia que sirve para entender dicho proceso. En un inicio el niño y el objeto se encuentran fusionados. La visión que el primero tiene del objeto es subjetiva, y la madre se orienta a hacer real lo que el niño está dispuesto a encontrar. En un segundo tiempo, el objeto es repudiado, reaceptado y percibido en forma objetiva. Este complejo proceso depende en gran medida de que exista una madre o figura materna dispuesta a participar en un "ir y venir" que oscila, entre ser lo que el niño tiene la capacidad de encontrar y alternativamente ser ella misma, a la espera que la encuentren. Si puede la madre resentar ese papel durante un tiempo, entonces el niño vive cierta experiencia de control mágico, es decir la experiencia de lo que se denomina omnipotencia en la descripción de los procesos intrapsíquicos. A partir de ese estado de confianza, profundiza Winnicott, el niño empezará a gozar de experiencias basadas en una fuerte ligazón de la omnipotencia de los procesos intrapsíquicos con su dominio de lo real.

A partir de lo expuesto se podría conjeturar, en el terreno de las representaciones, que las personas que están deprimidas y se deciden a realizar ejercicio físico, se proponen, al mismo tiempo, el reencuentro con las sensaciones de placer que provocan los movimientos musculares y los tejidos y los estímulos propioceptivos provenientes de las articulaciones y del sistema vestibular. Entonces, en la práctica de ejercicios físicos y deportes, se produciría en la persona deprimida un movimiento psíquico que posibilitaría al sujeto la reedición de las huellas

mnémicas (del inconsciente reprimido infantil) de las vivencias de pulsión de dominio o anhelo de apoderamiento y de identificación primaria y de aquello que, tan tempranamente, constituyó el inicio de lo lúdico mismo (M. Mosner, 1 de septiembre de 2015, comunicación personal).

Son huellas mnémicas de experiencias significativas de sus etapas pre-genitales que favorecieron la libidinización de su yo narcisista, señala Janin, B. (2011). Son vivencias de placer narcisista de los logros conseguidos tanto por el dominio del propio cuerpo, como por el dominio de los objetos, completa la autora.

Así la posibilidad de vivencia de dominio, como apunta Alizade, M. (1996), no sólo posibilita la recuperación de las sensaciones placenteras pregenitales sino que disminuye la sensación de desamparo, no la anula, y contrarresta la de descontrol psíquico.

Es relevante señalar, como expone Schejtman, C. (2004), que la pulsión de dominio, conjuntamente con la pulsión de ver, dan lugar a la pulsión de saber, por lo tanto recuperar las huellas de los recorridos de esta pulsión darían, a la persona con depresión, la posibilidad de investigar sus historias dolorosas que en el estado depresivo se manifiestan como quejas, autorroches y/o como manifestaciones hipocondríacas.

Si el motor, el empuje del saber lo lleva al sujeto deprimido a hacerse preguntas y con ello al encuentro con un analista, el sujeto habrá comenzado a cambiar su posición subjetiva. En la tarea conjunta con el psicoanalista, tendrá la posibilidad de historizar y, al mismo tiempo, desarrollar recursos yoicos genuinos necesarios para saber sobre el dolor de sus padecimientos (M. Mosner, 26 de agosto de 2015, comunicación personal).

6.4.3 - En el movimiento hay una fantasmática (de búsqueda del placer o de huida del displacer) que la impulsa y una memoria procedimental que lo organiza.

Al mismo tiempo, estas prácticas físicas, son utilizadas como mecanismo, como vías conocidas, caminos de la pulsión, para alcanzar fines similares en circunstancias diferentes: satisfacción autoerógena narcisista y desde el punto de vista económico placer producto de la descarga de tensión, como queda dicho hasta aquí. O sea que el movimiento físico permite reeditar las huellas de satisfacción pregenital.

Siguiendo a Rubinstein, R. (2003) se podría proponer entonces, que así como el niño usa el movimiento para alejarse del objeto primario y facilitar su autonomía, la persona deprimida podría usar el movimiento para apartarse de una situación vivida como tóxica, engolfante.

Por otro lado, con la reedición de estas huellas mnémicas, el sujeto deprimido, que es un sujeto identificado con el objeto muerto, podría utilizar la acción y el movimiento corporal para oponerse a las vivencias de quietud y de muerte (física y psíquica) (M. Mosner, 2015, comunicación personal).

Este ponerse en acción en la práctica de ejercicio físico, que abre un camino de desidentificación y de reconexión con el mundo exterior, permite, al mismo tiempo y como se ha señalado, la descarga muscular al exterior.

6.4.4 - Ejercicio físico, objeto de actividad narcisista.

También podría pensarse, en la línea que Rubinstein, R. (2003) propone, que, así como ocurre en la filogenia, las aptitudes y destrezas logradas en la utilización del cuerpo y la musculatura van a reforzar, en el desarrollo individual, la catectización de dicha aptitud. De modo que el ejercicio físico podría ser tratado, por la persona deprimida como un objeto de la actividad narcisista. A través de este objeto se alcanzaría la meta de sentirse valioso y valorado y amado por el Superyó.

6.4.5 - El espacio transicional, la posibilidad de salida del encierro depresivo.

En cierto sentido, reflexiona Rubinstein, R. (2003) , tanto en el ejercicio físico como en el deporte se crea un espacio que sería transicional. Hay allí una virtualidad de tiempo y espacio. Lo que sucede allí es real, está delimitado témporoespacialmente, pero en cierta medida queda suspendido de la realidad exterior, profundiza el autor.

El espacio transicional del juego, concepto elaborado por Winnicott (1971), se refiere a un espacio "entre", donde fantasía y realidad se encuentran interconectados de manera continua a través de los recursos simbólicos de los participantes que comparten esa actividad física, pero preservando al mismo tiempo la distinción entre fantasía y realidad.

Es una concepción de un adentro/afuera, sujeto/objeto, yo / no-yo, de bordes no netos y coexistentes, apunta Schejtman, C. (2004) .

La creación del espacio transicional, originalmente a cargo de la madre, explica la autora, es intermediario en la constitución del objeto objetivamente percibido y la diferenciación yo / no yo. Este espacio posibilita, en la medida de que exista un adulto suficientemente bueno, que la desilusión secundariamente a la ilusión, produzca en el niño una angustia tolerable que le permita la introyección del objeto materno y la separación necesaria para su propio desarrollo, profundiza Schejtman, C. (2004).

El espacio intermedio daría lugar a la imaginación, a las fantasías, que Freud ubica en estrecha relación con el deseo, explican Laplanche y Pontalis (1996).

Se podría pensar que el proponerle a un sujeto deprimido, a través de la actividad física, una zona intermedia y que él pueda participar en ella podría ser la oportunidad de rescatarlo/rescatarse del encierro de muerte en el que la sombra que ha caído sobre el yo lo ha colocado (M. Mosner, 1 de septiembre de 2015, comunicación personal).

En 1971, Winnicott en su artículo "El juego", expresa esta idea afirmando que lo universal es el juego, y corresponde a la salud. Sin embargo, Winnicott (1972) no conceptualiza el jugar como algo dado, sino que considera a la capacidad de jugar como un logro, una adquisición no neurótica. El autor profundiza esta idea sosteniendo que el juego facilita el crecimiento y conduce a relaciones de grupo. Winnicott afirma que, en la medida que se comparte con otros, el juego incentiva la comunicación y la interacción con todos aquellos que comparten el código

Estas conceptualizaciones son retomadas por Rubinstrin, R. (2003) al sostener que el ejercicio físico y el deporte crean un espacio intermedio que, no sólo suspende en cierta medida la realidad exterior, como ya se ha expuesto, sino que se trata de un espacio compartido por los otros participantes que comparten el mismo código.

Podría proponerse, entonces, que en este espacio transicional la persona deprimida podría dejar de sentirse aislada, atrapada en su depresión, para empezar a compartir con otros. Se trataría de un espacio proyectivo que está bajo el dominio de su yo para jugar de a dos o más , que invita a la actividad creativa de sus habilidades físicas y capacidades simbólicas. En tanto el ejercicio físico crea una zona intermedia, permitiría a la persona deprimida ir abandonando la retracción libidinal sobre el yo y empezar a conectarse con los objetos (M. Mosner, 1 de septiembre de 2015, comunicación personal).

En 1917, Freud describe en su artículo *Un recuerdo de infancia en poesía y verdad*, un recuerdo infantil de Goethe, que acababa de tener un hermanito, en el cual el poeta rememora haber hecho lo siguiente: su juego comienza con unas fuentes y platitos de juguete, luego, "...viendo que ya no obtenía nada mas de ellos , arrojé una pieza a la calle, regocijándome su linda manera de hacerse añicos" y continúa la narración relatando la alegría producida en él el ver cómo caían y se rompían todos los componentes de la vajilla que tiraba por la ventana.

Freud explica en este trabajo que este "arrojar por la ventana" encuentra su explicación en la creencia infantil que los niños son traídos por la cigüeña (ingresando por la ventana). En este ejemplo se ve también la idea de que en el juego no todo es simbólico, también hay un placer en la descarga motriz, un placer que es pura descarga.

En 1920, en su artículo "Más allá del principio de placer", Freud, S. describe el juego del Fort Da, a través del cual un niño de 18 meses hacía aparecer y desaparecer un carretel, en un intento de elaborar la ausencia y reaparición posterior de su madre, simbolizada por el carretel. En un gran número de oportunidades, expone Freud, los juegos incluyen la repetición de situaciones placenteras, no obstante las situaciones displacenteras de la vida infantil no eran algo que se encontrase ausente en sus juegos: si el niño había padecido alguna situación desagradable podía trasladarla al juego en su igual forma, y esto suponía un intento de elaboración de dicha situación. Freud atribuye este intento de elaboración de la experiencia displacentera a que el niño que en la vivencia era pasivo, era afectado por esa vivencia; al ubicarse en un papel activo, repitiéndola como juego, ejercía cierto control sobre la misma. De allí la repetición a pesar de que se tratara de una vivencia displacentera, reflexiona el autor. Se podría proponer, a partir de las elaboraciones teóricas presentadas en este apartado, que para una persona deprimida el mero hecho de jugar con otro/s ya sería curativo.

La participación en la práctica del ejercicio físico o el deporte le permitiría a la persona deprimida la introducción en el mundo de algo nuevo, de algo propio, de ocuparse activamente de su realidad. (M. Mosner, 2015, comunicación personal). Como señala Winnicott (1971), jugar es hacer, es la imaginación puesta en acto.

6.4.6 - La descarga muscular: descarga de la tensión psíquica, deflexión de la pulsión de muerte y posibilidad representacional

El desarrollo de la instancia psíquica del yo, inseparable del cuerpo, encargada de observar, seleccionar y organizar estímulos e impulsos (a través del representar, pensar y luego el juicio, con la intervención del principio de realidad) posibilita la adquisición de mecanismos que impidan a los impulsos rechazados el acceso a la motilidad, bloqueando la tendencia a la descarga, explica Rubinstein, R. (2003).

La Escuela Psicosomática de París, expone el autor, describe una forma de pensamiento particular, común a estructuras psicosomáticas. Sostiene que se trata de procesos de investidura arcaica y con precaria conexión con las palabras y lo llama pensamiento operatorio.

Rubinstein, R. (2003) propone que el pensamiento durante la práctica de ejercicio físico, pensamiento orientado hacia la realidad externa (más que a la interna) y rico en comportamientos automáticos. Entonces, retomando las reflexiones de esta escuela parisina, el autor propone que durante la práctica del ejercicio físico y los deportes el pensamiento toma una cualidad operatoria. Y profundiza describiendo este tipo de pensamiento como de bajo

nivel de investidura, orientado al exterior y con predominio de la carga de órganos de los sentidos por sobre lo interoceptivo.

Sin embargo, subraya el autor, a diferencia del pensamiento operatorio que se expresa en la estructura (o para otros autores sintomatología) psicósomática, tiene una mayor ligazón fantasmática y posibilidades de satisfacción pulsional (juego). Durante el movimiento se suscita una particular interacción psicósomática, diferente a aquella que ocurre en la enfermedad.

Rubinstein, R. (2003) propone que, si bien en el movimiento hay una exclusión o clivaje de lo mental, al igual que en la enfermedad psicósomática, en la enfermedad prevalece un mecanismo de escisión del yo y un pasaje **al** cuerpo de lo que resulta intolerable; en tanto que el movimiento más que un pasaje al cuerpo se trataría de un pasaje **por** el cuerpo.

Habría una utilización de la descarga motriz semejante a la de la psicósomática, amplía el autor, pero por vías de derivación diferentes. En el psicósomático, explica, intervendría prevalentemente el sistema nervioso autónomo y los órganos internos del cuerpo dando como producto la enfermedad somática. En el movimiento puede participar el cuerpo todo, pero, en especial, el sistema músculo-esquelético y la descarga deriva hacia el mundo externo. En este sentido, el movimiento podría actuar como una defensa intermedia ante la enfermedad psíquica o psicósomática, propone el autor.

Dado que a lo largo de los textos freudianos la noción de cuerpo está unida al yo, como se ha expuesto, el pasaje por el cuerpo implica un repliegue narcisista y libidinal una **descarga** de lo mental y una **recarga** desde la fuente corporal al punto de partida de placer autoerótico, profundiza el autor.

La descarga muscular al exterior que tiene lugar en el ejercicio físico y el deporte, desde un aspecto económico, posibilita la sustitución de la satisfacción ligada a una reducción de las tensiones, señala Rubinstein, R. (2003). Y continúa exponiendo que la musculatura, si bien se utiliza a los efectos de descarga de tensiones del aparato psíquico, es simultáneamente, la fuente de pulsión sádica y el instrumento del que se puede valer todo sujeto para deflexionar al exterior la pulsión de muerte.

Ya lo dice Freud (1920) en "Más allá del principio del placer" cuando describe el sadismo como la derivación hacia el objeto de la pulsión de muerte, y señala al aparato muscular como el medio por el cual ésta es deflexionada hacia el exterior.

El ejercicio físico y el deporte, expone Rubinstein, R., actúan a la manera de una transacción que realiza la cultura por la cual habilita a liberar hacia afuera, de forma controlada la inclinación agresiva que todos los seres humanos tienen y que encuentra en la cultura uno de los obstáculos más poderosos para su expresión.

Desde estos desarrollos teóricos, la conclusión de que el ejercicio físico es saludable, mejora el estado de ánimo y disminuye la sintomatología depresiva a la que arriban múltiples investigaciones, podría fundamentarse, entre otras justificaciones, en que el movimiento al permitir una descarga muscular de la tensión psíquica en el mundo externo implicaría una forma controlada de descargar en el exterior la agresividad que tiene el depresivo introyectada y que descarga sobre su yo. Y al mismo tiempo esta deflexión al exterior sería una protección, una defensa, ante la posibilidad de que se produzcan o aumenten los procesos desorganizativos del trastorno depresivo (M. Mosner, 26 de agosto de 2015, comunicación personal).

Por otro lado, sugiere Rubinstein, R. (2003) es posible conjeturar que el poner afuera, a través de la descarga muscular, aspectos negativos y destructivos, aquello que impide pensar, se generaría una suerte de "liberación" cuya vivencia es la de un efecto revitalizante y, a veces, clarificador. En este sentido, se podría decir, propone este psicoanalista, que habría un funcionamiento mental (equivalente al de los niños y los primitivos) que opera inconscientemente con un pensamiento mágico y omnipotente, de manera que con el movimiento se expulsaría hacia afuera todo lo tóxico para el psiquismo.

Entonces, concluye Rubinstein, R. (2003), en esta descarga, no sólo habría un aspecto económico de reducción de la tensión, sino que lo que se pondría en el exterior no sería cualquier cosa sino que serían formas de expresar el mundo interno y actuar simbólicamente las fantasías.

Desde esta perspectiva, el ejercicio físico y el deporte posibilitarían a sus practicantes que sufren un estado depresivo, no sólo la pura descarga sino, también, un rasgo de posibilidad representacional (M. Mosner, 1 de septiembre de 2015, comunicación personal).

CONCLUSIONES

Que el ejercicio físico esté acompañado del calificativo de saludable genera hoy un amplio consenso en la comunidad científica y se sostiene en la presente revisión bibliográfica. Los efectos benéficos que tiene la práctica del ejercicio sobre la salud física es una temática que tiene un cuerpo de evidencia sólido que la sostiene. Las investigaciones sobre el tema dan cuenta de las adaptaciones cardiovasculares, respiratorias, metabólicas y músculo-esqueléticas que provocan la práctica regular de ejercicio físico y que mejoran la condición física, de modo que favorecen un estado dinámico de energía y vitalidad que permite a las personas llevar a cabo las tareas habituales de la vida diaria, disfrutar del tiempo de ocio activo sin una fatiga excesiva, ayudando, al mismo tiempo, a evitar enfermedades.

Sin embargo, el interés por los efectos psicosociales y emocionales del ejercicio físico y su posible aplicación tanto en la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales, como para el aumento del bienestar psicológico recién ha crecido en las últimas décadas dentro de la comunidad científica. Con menos evidencia empírica que los beneficios anatomofisiológicos que provocan la práctica de ejercicios físicos debido a las dificultades metodológicas que presenta el estudio de este tema, un gran número de investigaciones dan cuenta de que estas prácticas están asociadas a la mejora en el estado de ánimo, la reducción del estrés, la ansiedad y la depresión, la mejora del autoconcepto, una percepción más positiva de la autoeficacia y mayores habilidades sociales.

El problema planteado al inicio de esta revisión bibliográfica, en la que se tomaron artículos científicos publicados en diferentes revistas especializadas y libros de autores jerarquizados sobre el tema bajo tratamiento, apunta a determinar los efectos del ejercicio físico en los trastornos depresivos.

Las depresiones son condiciones patógenas complejas cuya etiopatogenia y neurobiología siguen siendo motivo de estudio tanto en la Psiquiatría como dentro del campo psicoanalítico.

La ignorancia en materia de etiología ha dado lugar a que las instituciones clasificadoras de la Psiquiatría optaran por eliminar todas las teorías en beneficio de datos observables y registrables.

A pesar de esta tendencia dentro de este campo de conocimiento y alejándose de posturas "organicistas", algunas hipótesis novedosas y recientes consideran que la fisiopatología de las depresiones resulta de cambios plásticos generados en el Sistema Nervioso Central (SNC) por su interacción con el cuerpo (genético y biológico) y el entorno,

superando así una histórica dicotomía. Tal es el caso de la hipótesis de de diátesis-estrés de Nemeroff y Plotsky y del modelo propuesto por Álvaro Lista. Ambas teorías contemplan, en sus respectivos planteos, que los cambios neurobiológicos causados por la exposición al estrés producto de un trauma vital temprano son predisponentes de peso para el desarrollo de los trastornos depresivos.

También los desarrollos psicoanalíticos aportan a esta problemática. Las producciones de los autores psicoanalíticos que abordan las depresiones y su etiología, aluden a una red compleja de fenómenos que incluyen la temática del funcionamiento del inconsciente, de los deseos y valores en el campo del narcisismo, la relación del narcisismo con el procesamientos de las pérdidas y la estructuración del narcisismo a través de las identificaciones, como ejes principales, aunque no excluyentes.

Si bien los desarrollos dentro del Psicoanálisis no exhiben total convergencia cabe destacar diversos aportes muy significativos. Las hipótesis freudianas, expuestas en "Duelo y Melancolía" (1916), acerca de las vicisitudes del narcisismo, del modo en que el sujeto puede procesar las pérdidas de objetos elegidos narcisísticamente y la identificación primaria como explicaciones etiológicas de las depresiones, constituyen desarrollos basales en los que abrevan otros modelos e hipótesis posteriores. La regresión a la etapa oral, expuesta por Karl Abraham y el rol del contexto familiar en el desarrollo de los trastornos depresivos, estudiado por Donald Winnicott, son otros desarrollos teóricos fundamentales en la comprensión del fenómeno depresivo. La identificación primaria producto de "interdependencias patógenas", hipótesis intersubjetiva elaborada por Jorge García Badaracco y los aportes acerca de etiologías diversas producto de combinatorias singulares en lugar de pensar en categorías totalizantes, realizados por Hugo Bleichmar, permiten perspectivas novedosas acerca de la etiología de los trastornos depresivos.

Del relevamiento de la literatura científica que se enfoca en los efectos del ejercicio físico sobre el estado de ánimo y los trastornos depresivos, una destacada cantidad de estudios concluyen que existe una correlación positiva entre la práctica habitual de ejercicio físico y la mejora en dichos trastornos en población clínica y no clínica. La sólida evidencia de estos trabajos de investigación permiten postular, entonces, que el ejercicio físico se asocia con efectos terapéuticos en pacientes diagnosticados con trastornos depresivos y con la mejora del estado de ánimo en personas sin diagnóstico.

Sin embargo, estas evidencias empíricas no tienen, aún, una explicación teórica científica que las justifiquen. Los mecanismos subyacentes a estos efectos antidepresivos del ejercicio físico permanecen hasta hoy en debate.

Las hipótesis que persiguen explicar estos mecanismos están siendo elaboradas por la

Psicología del Deporte y el Ejercicio Físico, campo del saber que más se ocupa de investigar el tema. De las mismas, las que tienen mayor reconocimiento científico, son tres hipótesis fisiológicas.

Una de ellas toma como eje la termogénica corporal y sostiene que el aumento de la temperatura central del cuerpo provocaría la reducción de los síntomas de la depresión dado que este incremento puede conducir a una sensación general de relajación y reducción de la tensión muscular.

Un segundo cuerpo de estudios, toma el efecto de las endorfinas como explicación y proponen que el aumento de la liberación de beta - endorfinas siguiente al ejercicio podría explicar estos mecanismos, ya que estas hormonas están relacionadas con un estado de ánimo positivo, con una mejora en la sensación general de bienestar, con la analgesia y la sedación,.

Y un tercer grupo de investigaciones, proponen que las modificaciones monoaminérgicas que provoca la ejercitación física podría justificar la asociación positiva del ejercicio físico y los cambios en el estado de ánimo y la sintomatología depresiva. Estas hipótesis establecen que el ejercicio físico conduce a un aumento en la disponibilidad de los neurotransmisores cerebrales (por ejemplo, la serotonina, la dopamina y norepinefrina) que sería determinante en la reducción de los síntomas depresivos.

La Psicología del Deporte y el Ejercicio Físico, que no sólo abrevia en la Psiquiatría y las Neurociencias, sino también en la Psicología Conductual-Cognitiva, propone, también, dos hipótesis psicológicas que tienen alto consenso entre los investigadores.

Una de ellas es la hipótesis de la distracción, que sugiere que la actividad física sirve como una distracción de las preocupaciones y pensamientos monotemáticos y negativos propios de la depresión. Propuesta que se fundamenta en el modelo de la Psicología Conductual.

Otra, es la hipótesis de la autoeficacia, que se basa en fundamentos de la Psicología Cognitiva. Esta hipótesis sugiere que la práctica de ejercicio físico puede proporcionar a la persona una experiencia significativa de dominio y de éxito en la tarea, pudiendo ayudarla a salir de estados depresivos a través de la mejora en la percepción de su autoeficacia y de su autoconcepto.

En este recorrido teórico se buscaron, también, aportes psicoanalíticos que permitieran explicar la correlación positiva entre las variables abordadas. A pesar de una exhaustiva indagación en bibliotecas especializadas, no se pudo relevar material sobre esta temática. Sin embargo, los desarrollos psicoanalíticos sobre el movimiento, el ejercicio físico y el deporte, dentro de los cuales cabe destacar los desarrollos del Licenciado Ricardo Rubinstein sentaron las bases teóricas y los fundamentos para establecer, en encuentros con la Licenciada Marta

Mosner, líneas de reflexión que darían lugar a hipótesis, desde este campo del saber, acerca de los mecanismos que subyacen a la correlación positiva entre el ejercicio físico y la mejora de los trastornos depresivos.

Una línea de reflexión propone que la persona con un estado depresivo que realiza ejercicio físico podría mejorar su estado de ánimo y experimentar una disminución de sus inhibiciones y síntomas depresivos producto de la satisfacción narcisista y del placer autoerótico que vivencia durante esta actividad y de la disminución económica de la carga anímica que produce este trastorno.

Una segunda línea explicativa se centra en la pulsión de dominio. En ésta se expone que la práctica de ejercicios físicos y deportes produciría en el sujeto deprimido un movimiento psíquico que le posibilitaría la reedición de las huellas mnémicas de las vivencias de pulsión de dominio o anhelo de apoderamiento. La posibilidad de vivencia de dominio, no sólo da lugar a la recuperación de las sensaciones placenteras infantiles, sino que disminuye la sensación de desamparo y contrarresta la de descontrol psíquico. Por otro lado, este recorrido propone una segunda reflexión. Dado que la pulsión de dominio, conjuntamente con la pulsión de ver, dan lugar a la pulsión de saber, su reedición podría generar en el sujeto deprimido el empuje para formularse preguntas abriendo la posibilidad de que aquello que en el estado depresivo se manifiestan como quejas, autorreproches y/o como manifestaciones hipocondríacas, sea investigado. Estos interrogantes podrían, también, motivar el encuentro con un analista que acompañaría y facilitaría esta historización.

Una tercera hipótesis sostiene que las prácticas físicas y deportivas tienen la capacidad de crear un espacio transicional y con él, una alternativa de salida del encierro narcisista que caracteriza al sujeto que transita una depresión. Dado que el ejercicio físico y el deporte crean un espacio intermedio, espacio en común con otros participantes y que exige compartir un mismo código, los efectos antidepresivos del ejercicio físico podrían estar relacionados con que la persona deprimida que practica alguna de estas actividades comienza a intervenir con otros, dejando de sentirse aislada y atrapada en su depresión. O sea, sería una oportunidad para abandonar la retracción libidinal sobre el yo, que es propia del cuadro depresivo, e iniciar la recatectización de los objetos del mundo exterior. Simultáneamente, el espacio intermedio da lugar a la imaginación, a las fantasías del sujeto deprimido, representaciones que Freud ubica en estrecha relación con el deseo. Se trataría, entonces, de un espacio proyectivo que está bajo el dominio del yo para jugar de a dos o más, que invita a la persona deprimida a realizar una actividad creativa por medio de sus habilidades físicas y capacidades simbólicas, brindando una salida a su condición depresiva.

Para explicar los mecanismos subyacentes a la influencia de la práctica de ejercicio físico en la mejora del estado depresivo el psicoanálisis propone, también, que el ejercicio físico permite la descarga muscular, lo que posibilita la descarga al exterior de la tensión

psíquica y la deflexión de la pulsión de muerte. La descarga muscular permite la exteriorización controlada de la agresividad que el sujeto deprimido tiene introyectada y que cae sobre su yo. Al mismo tiempo, esa musculatura que posibilita la descarga de la tensión psíquica es la fuente de pulsión sádica y el instrumento del que se puede valer el sujeto deprimido para deflexionar al exterior la pulsión de muerte.

Otra línea teórica para explicar los mecanismos que subyacen a la correlación positiva entre el ejercicio físico y la mejoría en los trastornos depresivos refiere que, así como el niño usa el movimiento para alejarse del objeto primario y facilitar su autonomía, la persona deprimida podría utilizar el movimiento para apartarse de una situación vivida como tóxica, engolfante. Desde esta lectura, el sujeto deprimido, que es un sujeto identificado con el objeto muerto, utiliza la acción y el movimiento corporal para oponerse a las vivencias de quietud y de muerte física y psíquica e iniciar un camino de desidentificación y de reconexión con el mundo exterior.

En conclusión, se puede sostener que se necesita más trabajo de investigación para determinar los mecanismos moderadores que explican el efecto del ejercicio sobre el estado de ánimo y la sintomatología depresiva. Por otro lado, es muy probable que una combinación de factores biológicos, psicológicos, emocionales y sociales determinen o medien en la relación entre el ejercicio y la depresión y que no exista una explicación simple y unívoca.

Quisiera dejar planteadas, a partir de este recorrido, algunas inquietudes que podrían ser fuentes de futuros estudios.

No existe aún suficiente investigación que permita determinar qué tipo de ejercicios físicos y qué características deben tener estos ejercicios, tipo de esfuerzo, duración, frecuencia e intensidad, para que produzcan un efecto antidepresivo y favorezcan la mejoría del estado de ánimo. Acceder a dicho conocimiento permitirá, en el futuro, diseñar con cada paciente un programa de ejercicios físicos que, no sólo tenga en cuenta al sujeto y su historia, sino, también, ciertas condiciones que debe presentar el plan de ejercitación para que sea efectivo como recurso terapéutico o preventivo de los trastornos depresivos.

Por otro lado, los trabajos relevados acerca del ejercicio físico como recurso para la prevención de estas patologías no sólo son menos numerosos, sino que, también, son menos consistentes. Ésta también podría ser una línea de futuras investigaciones.

Por último, concluir esta revisión bibliográfica afirmando que existe solvente evidencia empírica que prueba que el ejercicio físico tiene una correlación positiva con la mejoría en los trastornos depresivos, permite dejar planteada para futuras investigaciones la hipótesis de que la práctica de ejercicio físico podría ser considerada un procedimiento eficaz para ser incluido dentro del grupo de recursos terapéuticos sugeridos para el

tratamiento las depresiones.

Dada la información acerca de la elevada prevalencia del trastorno depresivo en el mundo, ampliar las herramientas para optimizar la prevención y el tratamiento de estas condiciones patógenas se infiere de gran importancia para nuestras sociedades.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2005). *Psiquiatría cultural*. En J. Vallejo y C. Leal (editores) Tratado de psiquiatría. Vol. II. Barcelona: Ars. Médica.
- Alarcón, R. & Mazzotti, G. (2006) *Depresiones: su impacto en la humanidad. El concepto de carga global* En S. Rojtenberg (compilador) Depresiones Buenos Aires: Polemos.
- Aldana Marcos, H. (2011). Bases biológicas y neurológicas del comportamiento humano II. Buenos Aires: Universidad de Belgrano.
- Alfermann, D. & Stoll, O. (2000). Effects of Physical Exercise on Self-Concept and Well-Being International Journal of Sport and Exercise Psychology (versión electrónica) 30, 47–65.
- Allgöwer, A., Wardle, J., & Steptoe, A. (2001). Depressive Symptoms, Social Support and Personal Health Behaviors in Young Men and Women. Health Psychology (versión electrónica) 20, 223-227.
- Álvarez del Palacio, E. (2013). Evolución histórica y análisis de los contenidos de la actividad física como forma de salud. En S. Márquez Rosa y N. Garatachea Vallejos (Editores) Actividad física y salud. Barcelona: Paidotribo.
- Applegate, W., Penninx, B., Rejeski, W., Pandya, J., Miller, M., Di Bari, M. & Pahor, M. (2002, marzo 2). Exercise and Depressive Symptoms: A Comparison of Aerobic and Resistance Exercise Effects on Emotional and Physical Function in Older Persons With High and Low Depressive Symptomatology Journal of Gerontology: Psychological Science (versión electrónica) 57B, 124-132.
- Aranceta, J., Román, B. & Serra, L. (2006). Actividad física y salud. Barcelona: Masson.
- Arce Fernández, C., Andrade Fernández, E. & Seoane Pesqueira, G. (2000). Problemas semánticos en la adaptación del POMS al castellano. Psicothema (versión electrónica) 12 (2), 47-51.

- Ardle, W., Katch, F. & Katch, V. (2004). Fundamentos de fisiología del ejercicio. Madrid: McGraw- Hill- Interamericana.
- Argentina en Movimiento. (2000). Hábitos deportivos de la población argentina. Investigación realizada por la Secretaría de Turismo y Deporte de la Nación, con el soporte calificado del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).
- Aróstegui, L. (2012). Los trastornos de ansiedad y sus recaídas En Baringoltz, S. y Levy, R. (compiladores) Puentes en Terapia Cognitiva. Problemas y alternativas Buenos Aires: Polemos.
- Bagur Calafat, C. (2004). Orientaciones básicas para programas de ejercicio físico de ámbito no competitivo En J. Serra Grima (coordinador) Prescripción de ejercicio físico para la salud. Barcelona: Paidotribo.
- Bahrke, M. & Morgan, W.P. (1978). Anxiety Reduction Following Exercise and Meditation. Cognitive therapy and research (versión electrónica) 2, 323-333.
- Bandura, A. (1987). Pensamiento y acción: fundamentos sociales. Barcelona: Martínez Roca.
- Barrios Duarte, R. (2007). Los estados de ánimo en el deporte: fundamentos para su evaluación. efDeportes. (versión electrónica) 12 (110), 45-58.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (1996). Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) NCS Pearson, Inc.: Estados Unidos de Norteamérica.
- Benjamín Pérez, M. (2011). La motricidad como dimensión humana: un enfoque interdisciplinar. Madrid: Editorial Academia Española.
- Biddle, S. & Mutrie, N. (1991). Psychology of Physical Activity and Exercise. Londres: Springer Verlag.
- Biddle, S. (1995). Exercise and Psychosocial Health. Special Issue: Physical Activity, Health and Well-Being. Research Quarterly for Exercise and Sport (versión electrónica) 66(4), 292-297.
- Biddle, S., Fox, K. & Boutcher, S. (2000). Physical Activity and Psychological Well-being.

Londres: Routledge.

Bleichmar, H. (1984) La depresión: un estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Nueva Visión.

Bleichmar, H. (1999) Del apego al deseo de intimidad: las angustias del desencuentro. Aperturas Psicoanalítica, Revista Internacional de Psicoanálisis. (versión electrónica) 2

Bleichmar, H. (2003) Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico. Revista Internacional de Psicoanálisis (versión electrónica) 14.

Blomstrand, E., Perrett, D., Parry-Billings, M. & Newsholme, E. (1989). Effect of Sustained Exercise on Plasma Aminoacid Concentrations on 5-hydroxytryptamine in Six Different Brain Regions in the Rat. Acta Physiologica Scandinavica (versión electrónica) 136 (3), 473-482.

Blumenthal, J., Williams, R, Williams, B. & Wallace, A. (1980). Effects of Exercise on Type A (Cotonyary Prone) Behavior Pattern. Psychoson Med (versión electrónica) 42(2), 289-296.

Blumenthal, J., Babyak, M., Craighead, W., Herman, S., Khaltri, P., Moore, K., Napolitano, MM, Forman, L., Appelbaum, M. & Krishnan, K. (1999). Effects of Exercise Training on Patients with Major Depression. Arch Int Med (versión electrónica) 159 (19), 2349–2356.

Bortz, W., Angwin, P. & Mefford, I. (1981). Catecholamines, Dopamine, and Endorphin Levels During Extreme Exercise. New England Journal of Medicine (versión electrónica) 305, 456-467.

Braunstein, N. (2013). Clasificar en psiquiatría. Buenos Aires: Siglo veintiuno.

Bredemeir, B., Weiss, M. Shields, D. & Shewchuk, R. (1986). Promoting Moral Growth in a Sport Summer Camp. Journal of Moral Education (versión electrónica) 15, 212-220.

Camacho, T., Roberts, R., Lazarus, N., Kaplan, G. & Cohen, R. (1991). Physical Activity and Depression: Evidence from the Alameda County Study. American Journal of

Epidemiology, (versión electrónica)134, 220-231.

Carpintero, E. (2008, septiembre) (2008, septiembre). La curiosa anatomía del alma. Revista Topía (versión electrónica) 53, 35-42.

Caspersen, C., Powell, K. & Christenson, G. (1985, marzo-abril). Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. Public Health Report (versión electrónica) 100(2),126-131.

Chaouloff, F. (1989). Physical Exercise and Brain Monoamines: A Review. Act Psiquiatrica Scandinava (versión electrónica) 137, 13-26.

Cheryl, J., Stevens, L. & Coast, R. (2001). Exercise Duration on Mood State: How much is enough to feel better? Health Psychology (versión electrónica) 20 (4), 267-275.

Chodzko-Zajko, W. (1990). The Influence of General Health Status on the Relationship Between Chronological Age and Depressed Mood State, Journal of Geriatric Psychiatry (versión electrónica) 23, 13-22.

Craft, L. & Perna, F. (2004). The Benefits of Exercise for Clinically Depressed. Journal of Clinical Psychiatry (versión electrónica) 6(3), 104-111.

Crews, D. & Landers, D. (1987). A Meta-Analytic Review of Aerobic Fitness and Reactivity to Stressors. Medicine and Sciens in Sport and Exercise (versión electrónica) 19 , 114-120.

Crisorio, R. (1998) Constructivismo, cuerpo y lenguaje. Revista Educación Física y Ciencia. (versión electrónica) 4, 75-98.

Crisorio, R. (2012). Educación Corporal En Ricardo Crisorio (coordinador) Ideas para pensar la educación del cuerpo. La Plata: Editorial de la Universidad de la Plata.

Deffenbacher, J. (1993) Irritabilidad: características e implicaciones clínicas. Colorado: Psicología Conductual (versión electrónica)(1), 51-72.

De la Cruz-Sánchez, E., Moreno-Contreras, M., Pino-Ortega, J. & Martínez-Santos, R. (2011). Actividad física durante el tiempo libre y su relación con algunos indicadores de salud

- mental en España Salud Mental, (versión electrónica) 34 (1), 45-52.
- De Vries, H. (1981). Tranquilizer Effects of Exercise: a Critical Review. Physician and Sportmedicine (versión electrónica) 9(1), 46-55.
- Devoine, F. (2008) Don Quijote, para combatir la melancolía. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Diem, L. (1978). Ejercicios de psicomotricidad infantil. Madrid, Publicaciones ICCE.
- DiLorenzo, T., Bargman, P., Stucky-Ropp, R., Bassington, G. & Lafontaine, T. (1999). Long-Term Effects of Aerobic Exercise on Psychological Outcomes. Prev Med (versión electrónica) 28, 75–85.
- Dimeo F., Bauer, M. , Vahram, I., Proest G. & Halter, U. (2001) Benefits from Aerobic Exercise in Patients with Major Depression: a Pilot Study. British Journal Sports Medicine (versión electrónica) 35, 114–117.
- Di Santo, M. (2006). Amplitud de movimiento. Barcelona: Paidotribo.
- Dishman, R. (1997). The Norepinephrine Hypothesis. En W. Morgan (editor) Physical Activity and Mental Health. Washington: Taylor & Francis.
- Domínguez Belloso, F., Manchón Asenjo, M. & Soto Loza, A. (2009) Depresión melancólica: aspectos históricos, nosológicos y conceptuales. Psiquiatría.com 13(4)
- Doyne, E., Chambless, D. & Beutler, L. (1983). Aerobic Exercise as a Treatment for Depression in Women. Behaviour Therapy (versión electrónica) 14, 434-440.
- Doyne, E., Ossip-Klein, D., Browmann, E., Osborn, K. & McDougall-Wilson, B. (1987). Running versus Weight Lifting in the Treatment of Depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology (versión electrónica) 55, 748-754.
- Dunn, A., Trivedi, M., Kampert, J. Clark, C. & Chambliss, H. (2005, enero). Exercise Treatment for Depression: Efficacy and Dose Response. American Journal of Deportive Medicine. (versión electrónica) 28(1), 1-8.

- Eaton, W., Anthony, J., Gallo, J., Cai, G., Tien, A., Romanowski, A., Lyketsos, C. & Chen, L. (1997, noviembre). Natural History of Diagnostic Schedule/DSM IV Major Depression Arch Gen Psychiatry (versión electrónica) 54 (11), 993-999.
- Ekkekakis, P., Hargreaves, E. & Parffit, G. (2013). Editorial: Introduction to the Special Section of Affective Responses to Exercise. Psychology of Sport and Exercise (versión electrónica) 14, 749-750.
- Ezama Coto, E., Alonso, Y. & Fontanil Gómez, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. International Journal of Psychology and Psychological Therapy (versión electrónica) 10, (2) , 293-314.
- Faimberg, H. (1996) El telescopaje (encaje) de las generaciones. Acerca de la geneología de ciertas identificaciones. En R. Kaës, H. Faimberg, M. Enriquez, J. Baranes Transmisión de la vida psíquica entre generaciones. Buenos Aires: Amorrortu.
- Farmer, M., Locke, B., Moscicki, E., Dannenberg, A., Larson, D. & Radloff, L. (1988). Physical Activity and Depressive Symptoms: The NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. American Journal of Epidemiology. (versión electrónica) 128 ,1340- 1351.
- Farrell. P., Gates, W. & Maksud, M. (1982). Increases in Plasma Beta-endorphin / Beta-lipoprotein Immunoreactivity after Treadmill Running in Humans. Journal of Applied Phsyology (versión electrónica) 52, 1245-1249.
- Fox, K. (2000). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. En S. J. H. Biddle, K. R. Fox y S. H. Boutcher (Editores) Physical Activity and Psychological Well-being. London: Routhledge y Kegan Paul.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. AE XIV. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud,S. (1917 [1915]). Duelo y melancolía. AE XIV. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud,S. (1920). Más allá del principio de placer. AE XIII. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1923). El Yo y el Ello. AE XIX Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. AE XX. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Frojan, M. & Rubio, R. (1997). Salud y hábitos de vida en los estudiantes de la U.A.M. Clínica y Salud (versión electrónica) 8 (2), 357-381.
- Garaigordobil, M. & Durá, A. (2006). Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. Revista. Análisis y Modificación de Conducta (versión electrónica) 32, 37-64.
- García Badaracco, J. (1982). Biografía de una esquizofrenia. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- García Badaracco, J. (1989). Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura familiar. Madrid: Tecnipublicaciones S.A.
- García Badaracco, J. (1996). "Duelo y melancolía" 80 años después. Buenos Aires: Revista de psicoanálisis. vol: 53, N° 1
- García Badaracco, J. (2000)- Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo. Buenos Aires: Paidós.
- García Ferrando, M. (2006). Veinticinco años de análisis del comportamiento deportivo de la población española (1980-2005). Revista Internacional de Sociología (versión electrónica) 64 (44), 453-466.
- Gaviria, M. (1998). Trastornos afectivos En Perales, A.; Mendoza, A.; Vázquez- Caicedo, G.; Zambrano, M. (editores) Manual de psiquiatría "Humberto Rotondo". Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marco.
- Giraldes, M. (2014) Actividad física y educación Boletín electrónico REDAF. año III N°64.
- González Bono, E., Núñez, J. & Salvador, A. (1997). Efectos de un programa de entrenamiento sobre el estado de ánimo y la ansiedad en mujeres sedentarias. Psicothema, (versión electrónica) 9 (3), 487-497.

- Goodwin, R. (2003). Association Between Physical Activity and Mental Disorders Among Adults in the United States. Prev Med (versión electrónica) 36, 698–703.
- Goñi, A. & Zulaika, L. (2000) Relationships Between Physical Education Classes and the Enhancement of Fifth Grade Pupils' Self-Concept. Perceptual and Motor Skills (versión digital) 91,146-150.
- Goodale, E. (2007) Síntomas cognitivos de la depresión Revista de toxicomanía y salud mental.(versión electrónica)(50), 32-45.
- Greist, J., Klein, M., Eichens, R., Faris, J., Gurman, A. & Morgan, W. (1979). Runicig as Treatment for Depression. Comphensy Psychiarty (versión electrónica) 20, 41-53.
- Grosser, M., Starischka, S.& Zimmermann, E. (1988). Principios del entrenamiento deportivo. Barcelona: Martinez Roca.
- Harris, P., Allegri, R., Dillon, C., Serrano, C., Villar, V., López Amalfara, L., Butman, J. & Taragano, F. (2005, junio) Cognición en distimia Revista Vertex (versión electrónica) XVI 61, 165-170.
- Hartman, C., Manos, T., Winter, C., Hartman, D., Li, B. & Smith, J. (2000). Effects of Tai Chi on function and quality of life indicator s in older adults with osteoarthritis. Journal of the American Geriatric Society(versión electrónica) 48, 1553-1559.
- Hennings, A., Schwartz, M., Riemer, S. Stapf, T. & Selberdinger, V. (2013). Exercise Affects Symptom Severity but not Biological Measures in Depression and Somatization - Results on IL-6, Neopterin, Tryptophan, Kynurenine and 5-HIAA. Psychiatry Research (versión electrónica) 210(3), 925-933.
- Hornstein, L. (2011) Las depresiones. Buenos Aires: Paidós.
- Incarbone, O. (coordinador general) , Ferrante,D., Bazan, D., Gonzalez, G. & Barengo, N. (2013). Manualdirector de actividad física y salud de la República Argentina. Argentina: Ministerio de la Salud. Presidencia de la Nación.
- Infante, G., Iturriaga, G., & Zulaika. L. M. (2006). Autopercepción física y ejercicio. Un análisis desde diversas modalidades de actividad física. En F. Bacaicoa, J. Uriarte y A. Amez

(Eds.) Psicología del desarrollo y desarrollo social, Badajoz: Psicoex.

Jacobson, J. (1971) Depresión. Estudios comparativos de condiciones normales, neuróticas y psicóticas. Buenos Aires: Amorrortu.

Johnsgard, K. (1989). The Exercise Prescription for Anxiety and Depression. New York: Plenum Publishing.

Kendell, R. (1973) The Relationship Between Agression and Depression. En M. Nader y R. García (directores) Aspectos de la depresión. Barcelona: Sadagocolor.

King, A., Taylor, C. & Haskell, W. (1993) Effects of Differing Intensities and Formats of 12 Months of Exercise Training on Psychological Outcomes in Older Adults. Health Psychology (versión electrónica) 12, 292-300.

Klein, M., Greist, J., Gurman, A. & Neimeyer, R. (1985). A Comparative Outcome Study of Group Psychotherapy Vs. Exercise Treatments for Depression. International Journal of Mental Health (versión electrónica) 13, 148-177.

Knapp, B. (1963) Skill in Sports. Londres: Routledge and Kegan Paul.

Knapen, J., Vermeersch, J., Coppens, H. van, Cuykx, V., Peters, G. & Peuskens, J. (2007). The Physical Self-concept in Patients with Depressive and Anxiety Disorders International Journal of Therapy and Rehabilitation (versión electrónica) 14(1), 30-35.

Kowal, D., Patton, J. & Vogel, J. (1978). Psychological States and Aerobic Fitness of Male and Female Recruits Before and After Basic Training. Aviation, Space and Environmental Medicine (versión electrónica) 49, 603-606.

Kraemer, W. & Häkkinen, K. (2006). Entrenamiento de la fuerza. España: Hispano Europea.

Lawlor, D. & Hopker, S. (2001,31 de marzo). The Effectiveness of Exercise as an Intervention in the Management of Depression: Systematic Review and Meta-regression. Analysis of Randomised Controlled Trials. British Medical Journal, (versión electrónica), 1-20.

Lista Varela, Á. (2008, mayo). Biología molecular de la depresión. Alteraciones intraneuronales y desarrollo de nuevas oportunidades terapéuticas. Tendencias en medicina (versión electrónica), 150-167.

- Losso, R. (2001). Psicoanálisis de la familia. Recorridos teórico-clínicos. Buenos Aires: Grupo editorial Lumen.
- Manno, R. (1994). Fundamentos del entrenamiento deportivo. Deporte y entrenamiento. Barcelona: Paidotribo.
- Mandell, R. (1986). Historia cultural del deporte. Barcelona: Bellaterra.
- Marquet, P., Lac, G., Chassain, A., Habrioux, G. & Galen, F. (1999, 1 de julio). Dexamethasone in Resting and Exercising Men. Effects on Bioenergetics, Minerals, and Related Hormones. Journal of Applied Physiology (versión electrónica) 87, 175-182.
- Márquez, D., Jerome, G., McAuley, E., Snook, E. & Canaklisiva, S. (2002). Self Efficacy Manipulation and State- Anxiety Responses to Exercise in Low Active Women. Psychology and Health (versión electrónica) 17, 783-791.
- Márquez, M. (2006). Trastornos depresivos "menores" y crónicos. Variedades clínicas y subclínicas. En S. Rojtenberg (comp.) Depresiones , bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas. Buenos Aires: Polemos.
- Márquez R. & González Boto, R. (2013). Actividad física y bienestar subjetivo En S. Márquez R. y N. Garatachea Vallejos Actividad física y salud. Barcelona: Paidotribo.
- Marquez, S. (1995). Beneficios psicológicos de la actividad física Revista de Psicología general aplicada Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología (versión electrónica) 48 (1), 185-206.
- Martínez Álvarez, F., Ortiz Hernández, E. & González Mora, A. (2007). Hacia una Epistemología de la transdisciplinariedad. Revista Humanidades Médicas (versión electrónica) 7 (2), 10-18.
- Martínez Miguélez, M. (1996) Comportamiento Humano: Nuevos métodos de investigación. México: Trillas.
- Martinsen, E., Medhus, A. & Sandvik, L. (1985, Julio 13). Effects of Aerobic Exercise on Depression: a Controlled Study British Medical Journal (versión electrónica) 18 (4),

291-299.

- Martisen, E. (1987). The Role of Aerobic Exercise in the Treatment of Depression. Stress Med. (versión electrónica) 3, 93-100.
- Martinsen, E., Hoffart, A., & Solberg, O. (1989). Comparing Aerobic and Nonaerobic forms of Exercise in the Treatment of Clinical Depression: a Randomized Trial. Comprehensive Psychiatry (versión electrónica) 30, 324-331.
- Martinsen, E., Sandvik, L. & Kobjomsrud, O. (1989). Aerobic Exercise in the Treatment on Psychiatric Mental Disorder: an Exploratory Study. Nordic Journal of Psychiatry (versión electrónica) 43, 521-529.
- Martinsen, E. (1994) Physical Activity and Depression: Clinical Experience. Acta Psychiatrica Scandinavica. (versión electrónica) 377, 23-27.
- Mather, A., Rodriguez, C., Guthrie, M., McHarg, M., Reid, C. & McMurdo, E. (2002). Effects of Exercise on Depressive Symptoms in Older Adults with Poorly Responsive Depressive Disorder: Randomised Controlled Trial. British Journal Psychiatry (versión electrónica) May 180, 411-415.
- Mazzulla, M. & Gómez, B. (2011). Abordaje de trastornos emocionales En H. Fernández Álvarez (compilador) Paisajes de la psicoterapia. Buenos Aires: Polemos.
- McAuley, E., Shaffer, S. & Rudolph, D. (1995). Affective Responses to Acute Exercise in Elderly Impaired Males: The Moderating Effects of Self-Efficacy and Age. International Journal of Aging and Human Development (versión electrónica) 41, 13-27.
- McDonald, D. & Hodgdon, J. (1991). Psychological Effects of Aerobic Fitness Training. New York: Springer-Verlag.
- McNeil, J., LeBlanc, E. & Joyner, M. (1991). The Effect of Exercise on Depressive Symptoms in the Moderately Depressed Elderly. Psychol Aging (versión electrónica) 6, 487-488.
- Medina, F. (2000). Deporte, inmigración e intercultural. Apunts Educació Física i Esports (versión electrónica) 68, p. 18-23

- Meeusen, R. & De Meirleir, K. (1995). Exercise and Brain Neurotransmission. Sports Medicine (versión electrónica), 20(3), 160-188.
- Meeusen R. (2005). Exercise and the Brain: Insight in New Therapeutic Modalities. Review. Ann Transplant. (versión electrónica) 10(4), 49-51.
- Melancon, M., Lorraine, D. & Dionne, I. (2014). Changes Markers of Brain Serotonin Activity in Response to Chronic Exercise in Senior Men. Appl Physiology Nutr Metab (versión electrónica) 23, 1-7.
- Miller, J. (2011) Leer un síntoma. Contenidos de un próximo seminario
- Morgan, W., Roberts, J., Brand, F. & Feinerman, A. (1970). Psychological Effect of Chronic Physical Activity. Medicine and Science in Sports and Exercise (versión electrónica) 2, 213-217.
- Morgan, W. (1973). Influence of Acute Physical Activity on State Anxiety. National College of Physical Education Meeting Association for Men Proceedings, 113-121.
- Morgan, W. (1985). Affective Beneficence of Vigorous Physical Activity. Medicine & Science in Sports & Exercise (versión electrónica) 17, 94-100.
- Morgan, W. & O'Connor, P. (1988). Exercise and mental health. En R.K. Dishman (Ed.) Exercise Adherence. Illinois: Human Kinetics.
- Morgan, W. (1997) Physical Activity and Mental Health. Washington D.C.: Taylor and Francis.
- Mucio-Ramírez, J. (2007) La neuroquímica del estrés y el papel de los péptidos opioides. Revista Educación Bioquímica. (versión electrónica) 26(4) 121-128.
- Negro, C. (1995) Características y peculiaridades del desarrollo de actividades físicas en centros penitenciarios En P. Rodríguez y J. Moreno (editores) Perspectivas de actuación en educación física. España: Universidad de Murcia.
- Oja, J., Telama, R. (1991) Sport for All. Elsevier Science Publisher (versión electrónica) 21, 103-110.

Olmedilla-Zafra, A. & Ortega-Toro, E.(2009). Incidencia de la práctica de actividad física sobre la ansiedad y depresión en mujeres: perfiles de riesgo., Universitas Psychologica, (versión electrónica) 8 (1), 105-116.

O.'Neil, H., Dunn, A. & Martinsen, E. (2000). Depression and Exercise. International Journal Sport Psychology (versión electrónica) 31, 110-135.

Organización Mundial de la Salud. Relaciones entre los programas de salud y el desarrollo social y económico. Ginebra: OMS; 1968.

Organización Mundial de la Salud, (2010) Ginebra, Ediciones de la OMS.

Pacheco Quesada, G. & Rey de Catro Mujica, J. (2003). Insomnio en pacientes ambulatorios Revista Médica Herediana. (versión electrónica) vol.4(2), 45-54.

Panceira , A. (1997). Clínica psicoanalítica. A partir de la obra de Winnicott. Buenos Aires: Lumen.

Parent, C. & Whall, A. (1984). Are Physical Activity, Self-Esteem, and Depression Related?. Journal of Gerontological Nursing (versión electrónica) 10, 8-11.

Parlebas, P. (2001) Juego, deporte y sociedades. Léxico de praxeología motriz. Barcelona: Paidotribo.

Powell, K. (1988). Habitual Exercise and Public Health: An Epidemiological View. En R.K. Dishman (Ed.) Exercise Adherence. Illinois: Human Kinetics.

Pretezzuello, S., Landers, D., Hatfield, B:, Kubitz, K. & Salazar, S. (1991) A Meta-Analysis on the Anxiety Reducing Effects of Acute and Chronic Exercise. Sport Medicine (versión electrónica) 11(3), 143-182.

Petrezuello, S. (1999). Acute Aerobic Exercise and Affect Current Status, Problems and Prospects Regarding Dose-Response. Sports Medicine (versión electrónica) 28(5), 337-346.

- Poudeuigne, S. & O'Connor, J. (2006). A Review of Physical Activity Patterns in Pregnant Women and their Relationship to Psychological Health. Sport Medicine (versión electrónica) 36(1), 19-38.
- Ramirez, W. & Vinaccia, S. (2004, mayo / agosto). El impacto de la actividad física y el deportes sobre la salud, la cognición y el rendimiento académico: una revisión teórica. Revista de estudios sociales (versión electrónica) 18, 67-79.
- Ransford, C. (1982). A Role for Amines in the Antidepressant Effect of Exercise: a Review. Medicine Science Sports and Exercise (versión electrónica) 4(1), 12-20.
- Regier, D., Hirschfeld, R., Goodwin, F., Burke, J., Lazar, J. & Judd, L. (1998). The NIMH Depression Awareness, Recognition and Treatment Program: Structure, Aims, and Scientific Basis. American Journal of Psychiatry (versión electrónica) 145, 1351-1357.
- Reigal, R. & Videra, A. (2013, octubre-diciembre). Efectos de una sesión de actividad física sobre el estado de ánimo. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (versión electrónica) 13 (52), 783-798.
- Rodriguez & López, J. (1985). Deporte y ciencia: teoría de la actividad física. Zaragoza: INDE Publicaciones.
- Rojtenberg, S. (2001). Depresiones y antidepresivos Buenos Aires: Panamericana.
- Rojtenberg, S. (2006). Clasificación de las depresiones. En S. Rojtenberg (comp.) Depresiones , bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas Buenos Aires: Polemos.
- Roth, D. & Holmes, D. (1987). Influence of Aerobic Exercise Training and Relaxation Training on Physical and Psychological Health Following Stressful Life Events. Psychosom Med (versión electrónica) 49, 355-365.
- Rubinstein, J. (1981). Principios de Psicología General. La Habana: Edición Revolucionaria.
- Rubinstein, R. (2003). Placer del movimiento, competencia y deporte. Revista de Psicoanálisis, LX (3), 779-800.

- Rubio, K. (2001) De la psicología general a la psicología del deporte: marcos teóricos, relaciones y dependencias. Revista de Psicología del Deporte. (versión electrónica) 10 (2), p. 255-265.
- Ruiz Montero, P., Baena Extremera, A. (2011). Efectos del ejercicio aeróbico sobre los estados de ánimo en mujeres mayores. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación (versión electrónica) 20, 43-47.
- Ruuskanen, J. M. y Ruoppila, I. (1995). Physical activity and psychological well-being among people aged 65 to 84 years. Age and ageing(versión electrónica) 24 p. 292-296.
- Sadek, N. & Nemeroff, Ch. (2000). Actualización en neurobiología de la depresión. Revista de psiquiatría uruguayana (versión electrónica) vol. 64 N°3, 463-487.
- Sachs, M. (1984). The Runners High. En M. Sachs (editor) Running is a therapy. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Salvador, A.; Suay, F.; Martínez-Sanchís, S.; González-Bono, E.; Rodríguez, M. y Rubio, A. (1995). Deporte y salud: efectos de la actividad deportiva sobre el bienestar psicológico y mecanismos hormonales subyacentes. Revista de Psicología General y Aplicada (versión electrónica) 48 (1), 125-137.
- Salvador, A., Ricarte, J., González-Bono, E. & Moya-Albiol, L. (2003). Effects of Physical Training on Endocrine and Autonomic Responsiveness to Acute Stress. Psicothema (versión electrónica) 15 (4), 563-568.
- Serra Grima, J. (2002) Programas de ejercicio físico en las cardiopatías más frecuentes. En J. Serra Grima (Coordinador) Prescripción del ejercicio físico para la salud Barcelona: Paidotribo.
- Schejtman, C. (2004). Efectos en la estructuración psíquica durante el primer año de vida. Psicoanálisis e investigación empírica con infantes. Revista Científica UCES (versión electrónica) 30, 281-300.
- Sime, W. (1977). A Comparison of Exercise and Meditation in Reducing Physiological Response to Stress. Medicine and Science in Sports and Exercise (versión electrónica) 9, 55-64.

- Sime, W. (1984). Psychological benefits of exercise training in the health individual. En J. D. Matarazzo, F. M., Weiss, J. A., Herd, N. E., Miller y S. N. Weiss, (eds). Behavioral Health. A Handbook of health enhancement ad disease prevention. New York: Wiley, pp. 488-508.
- Singh, N., Clements, K., Singh, M. (2001, mayo) The Efficacy of Exercise as a Long-Term Antidepressant in Elderly Subjects: a Randomized, Controlled Trial. Journal Gerontology Series A Biol Sci Med Science (versión electrónica) 56, 497-504.
- Soto González, M. (1999) Edgar Morin, complejidad y sujeto humano. Tesis Doctoral. España: Universidad de Valladolid.
- Spielberger, C. (1972). Anxiety as an Emotional State. En C. Spielberger (Editor) Anxiety: current trends in theory and research. New York: Academic Pres.
- Stephens, T. (1988). Physical Activity and Mental Health in the United States and Canada: Evidence from Four Population Surveys. Preventive Medicine (versión electrónica) 17, 35- 47.
- Stephoe, A., Edwards, S., Moses, J. y Andrew, M. (1989). The Effects of Exercise Training on Mood and Perceived Coping Ability in Anxious Adults from the General Population. Journal of Psychosomatic Research (versión electrónica) 33, 537-547.
- Stephoe, A., Wardle, J., Fuller, R., Holte, A., Justo, J., Sanderman, R., & Wichstrom, L. (1997). Leisure-time Physical Exercise: Prevalence, Attitudinal and Behavioral Correlates in Young Europeans from 21 Countries. Preventive Medicine (versión electrónica) 26, 845-854.
- Strawbridge, W., Deleger, S., Roberts, R., Kaplan, G. (2002) Physical Activity Reduces the Risk of Subsequent Depression for older Adults. American Journal Epidemiology (versión electrónica) 156, 328–334.
- Ströhle, A, Höfler, M, Pfister, H. (2007). Physical Activity and Prevalence and Incidence of Mental Disorders in Adolescents and Young Adults. Psychol Med (versión electrónica) 37(11), 1657–1666.
- Surtees, P., Wainwright, N., Luben, R., Wareham, N., Bingham, S., Khaw, K. (2008).

Depression and Ischemic Heart Disease Mortality: Evidence from the EPIC-Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study. American Journal of Psychiatry (versión electrónica) 165, 515-523.

Tenconi, J. (2006). Tratado de Actualización en Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial ScienS.

Trigueros, C. y Rivera, E. (1991). Educación física de base. Granada: Gioconda.

Thayer, R. E. (1996). The Origin of Everyday Moods: Managing Energy, Tension and Stress Nueva York: Oxford University Press.

Vallejo Ruiloba, J. (2010) Trastornos depresivos En J. Vallejo Ruiloba (comp) Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría Barcelona: Masson.

Vallejo Ruiloba J. (2003) Concepto de enfermedad mental. Criterios de normalidad y anormalidad. En: Vallejo J, Leal C. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: STM .

Van Arnersfoort, Y. (2002) Prescripción de ejercicio físico y salud mental En J. Serra Grima (Coordinador) Prescripción del ejercicio físico para la salud Barcelona: Paidotribo.

Vasconcelos-Raposo, A. (2005) Planificación y organización del entrenamiento deportivo. Barcelona: Paidotribo.

Weimberg, R. y Gould, D (2010) Mejora de la salud y el bienestar En Fundamentos de psicología del deporte y del ejercicio físico Buenos Aires: Panamericana.

Weinberg, R. y Gould, D. (1996) Fundamentos de la psicología del deporte y el ejercicio físico. Barcelona: Ariel.

Weineck, J. (2001). Salud, ejercicio y deporte. Barcelona: Paidotribo.

Weineck, J. (2005). Entrenamiento total. Barcelona: Paidotribo.

Weyerer, S. & Kupfer, B. (1994). Physical Exercise and Psychological Health. Sports Medicine (versión electrónica) 17(2), 108-116.

Wilfley, D. & Kuncze, J. (1986). Differential Physical and Psychological Effects of Exercise.

Journal of Counseling Psychology (versión electrónica) 33, 337-342.

Winnicott, D. (1963). El desarrollo para la capacidad de inquitud. Barcelona: Gedisa.

Winnicott, D. (1963). Los casos de enfermedad mental. Conferencia ante la Association of Social Workers. Londres.

Winograd, B. (2005) Depresión: ¿Enfermedad o crisis?. Buenos Aires: Paidós.

Zintl, F. (1991). Entrenamiento de la resistencia. Fundamentos, métodos y dirección del entrenamiento. Barcelona: Martínez Roca.

Zulaika, L.(1999) Educación física y mejora del autoconcepto. Revisión de la investigación. Revista de psicodidáctica (versión electrónica) 8, 101-120.

Zulaika, L. (2006) Razones para practicar deportes. Beneficios psicológicos, sociales y valores educativos. Autoedición.