

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Terapia Centrada en la Emoción aplicada a un caso de depresión mayor

María Elisa Ruhrig Ochoa

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de psicólogo clínico

Quito

Enero del 2012

© Derechos de autor

María Elisa Ruhrig Ochoa

2012

Esta tesis está dedicada a mi tío Mario Ramos, que me abrió una ventana cuando todas las puertas en mi vida se encontraban cerradas. También quiero dedicar a mi esposo que ha sido un fiel acompañante en mi camino académico. A mi madre, hermana y hermano que siempre han sido y serán los pilares en mi vida.

Resumen

La terapia enfocada en la emoción (EFT) tiene como fundamento que la persona tome conciencia y acepte sus emociones para que éstas la guíen hacia su bienestar. EFT trabaja con las emociones porque son las principales responsables de la construcción del sí mismo y la auto-organización ya que advierten a la persona sobre sus necesidades, preocupaciones y metas (Greenberg, 2004). Esta terapia fue utilizada con una clienta que sufría un episodio de depresión mayor. El proceso terapéutico constó de 13 sesiones de una hora cada una. La clienta fue evaluada antes y después con el inventario de depresión de Beck y el inventario de síntomas de Derogatis. Al final de la terapia se observó un cambio positivo en la clienta ya que la sintomatología de la depresión disminuyó en los dos inventarios.

Abstract

Emotion-Focused Therapy (EFT) is based on the principle that emotions guide the client to their well-being from the moment the person become aware of and accepts his/her emotions. EFT considers emotions are the responsible for the development of oneself and self-organization because they reveal the needs, concerns and goals of the client (Greenberg, 2004). This therapy was used with a client who suffered from a major depression episode. The therapeutic process consisted of 13 one-hour therapy sessions each. The client was assessed before and after with the Beck Depression Inventory and the Derogatis Symptom Inventory. At the end of therapy, positive changes were noticed on the client. Both inventories showed cleared reductions of symptoms regarding depression.

Tabla de Contenidos

Resumen	1
Abstract	1
Tabla de Contenidos	2
Introducción	4
Definición trastorno de estado de ánimo	4
Definición de estado depresión mayor	5
Teorías biológicas sobre la depresión	8
Teorías psico-sociales de la depresión	9
Tipos de tratamientos	14
Importancia del trabajo con emociones	21
Emotion Focused Therapy	22
Emociones	22
Esquemas emocionales	26
Teoría dialéctica-constructiva	27
Procesos emocionales para la modificación de emociones	29
Indicadores emocionales	41
Introducción al caso	44
Presentación de la demanda inicial	46
Historia	46
Evaluación	49

Conceptualización del caso	51
Tratamiento	54
Evaluación de proceso/ resultados	73
Conclusiones	75
Conclusiones del terapeuta.....	79
Referencia.....	82
Anexos.....	85

Lista de figuras

Teoría dialéctica-constructiva	29
Alcanzar, excitar y reflexionar emoción primaria.....	37

Introducción

Definición trastorno de estado de ánimo

De acuerdo al DSM-IV-R (2005), el trastorno de estado de ánimo se caracteriza, principalmente, por una alteración en el estado del humor y se divide en cinco segmentos que difieren en características y sintomatología. Primero: episodios afectivos que incluyen la depresión mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco. Segundo: los trastornos depresivos que incluyen el trastorno depresivo mayor, distímico y trastorno depresivo no especificado. Tercero: trastorno bipolar que incluye bipolar I, II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado. Cuarto: otros trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Quinto: trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias y trastorno del estado de ánimo no especificado. Más adelante se especificará con más detalle el episodio afectivo, depresivo mayor.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2006) en la actualidad la depresión afecta a alrededor de 121 millones de personas en el mundo y es una de las enfermedades más comunes que generan discapacidad. Por ahora, la depresión es la cuarta enfermedad que causa discapacidad pero se espera que para el año 2020 ésta se posicione en un segundo puesto. A pesar del creciente número de personas diagnosticadas por año, solo el 25% reciben tratamiento. La epilepsia, el alcoholismo, el trastorno bipolar y la depresión son las enfermedades más frecuentes que traen un costo mundial muy alto.

Una de las consecuencias más terribles de los trastornos de estado de ánimo es la elevada cifra de personas que se quitan la vida (Barlow & Durand, 2007). El 60% de suicidios están asociados con algún trastorno de estado de ánimo. El 70% de adolescentes que cometen suicidio sufrían algún trastorno de estado del ánimo (Barlow & Durand, 2007). En el año 2009 en el Ecuador se encontró un índice de suicidios de 10.5 para hombres y 3.6 en mujeres por cada 100,000 personas (OMS, 2010).

Definición de estado depresión mayor

Según en DSM-IV-R el episodio depresivo mayor tiene como característica “un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades” (DSM-IV-R, 2005, p.327) durante dos semanas o más. Además, hay cambios en el apetito, en el sueño, en las actividades psicomotoras, falta de energía y culpa. Las personas con este trastorno, por lo general, tienen dificultad en pensar, concentrarse o tomar decisiones. También están presentes pensamientos sobre la muerte o ideas suicidas que pueden manifestarse a través de planes suicidas o intentos de suicidio. Las características son notorias en la mayor parte del día durante al menos dos semanas. Comúnmente, las personas sufren deterioro social, laboral y personal.

A sí mismo, el DSM-IV-R (2005) describe que las personas con depresión suelen describirse como deprimidos, tristes, sin esperanza o desanimados. Tienden a poner mucha importancia en sus quejas somáticas y tienen grandes pérdidas de interés y capacidad para sentir placer. Las personas con episodio depresivo mayor dejan de disfrutar actividades antes placenteras y terminan aislándose. Existen cambios psicomotores y poca agilidad en áreas del lenguaje, pensamiento y movimientos corporales.

Según el DSM-IV-R (2005), la persona con episodio depresivo tiende a sentirse inútil o culpable. Y esto, por lo general, está acompañado de evaluaciones negativas no realistas de la persona misma. Se culpan por pequeños errores o errores que han cometidos en el pasado. Asimismo, ven todo alrededor suyo como clara evidencia de su estado de ánimo y no prestan atención a situaciones que contradigan su estado. Los pacientes con trastorno depresivo se presentan con llanto, irritabilidad, tristeza, ansiedad y preocupaciones por dolores. También se quejan de tener problemas con relaciones interpersonales. Se ha encontrado que en las culturas latinas las personas suelen experimentar la depresión con más dolores somáticos y con nerviosismo (DSM-IV-R, 2005).

En una investigación realizada en el Ecuador sobre depresión, Yusim y colegas (2010) encontraron que existen más manifestaciones somáticas en la depresión que manifestaciones cognitivas.

Asimismo, encontraron que el nivel de educación está asociado con la severidad de los síntomas depresivos.

Criterios de diagnóstico para depresión mayor.

Según el DSM- IV- R (2005) para que una persona sea diagnosticada con un episodio depresivo mayor debe cumplir con siguientes criterios:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; el criterio 1 ó 2 debe estar obligatoriamente presente.

(1) estado de ánimo depresivo o

(2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(3) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

(4) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(5) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

- (6) insomnio o hipersomnia casi cada día
- (7) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- (8) fatiga o pérdida de energía casi cada día
- (9) sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autor reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- (10) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- (11) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

También deben cumplir:

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (v. pág. 341).
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (p. 356).

Teorías biológicas sobre la depresión

Existen teorías biológicas, psicológicas, sociales y/o culturales que pueden explicar la manifestación de un episodio de depresión mayor. La teoría biológica considera que la causa de la depresión puede darse por: 1) influencias genéticas 2) por el sistema de neurotransmisores o 3) el sistema endocrino (Durand & Barlow, 2006). Primero: la influencia genética se sustenta en los estudios que se han realizado con gemelos idénticos y fraternos (Durand & Barlow, 2006). Se ha encontrado que los gemelos idénticos tienen de dos a tres veces más probabilidad de presentar un trastorno de depresión cuando su hermano gemelo sufre de algún trastorno del estado de ánimo (McGuffin, Rijdsdijk, Andrewm Sham, Katz & Cardo, 2003). Hauge (1977), McGue y Christense (1997) confirman también con estudios de gemelos idénticos que la depresión tiene una alta herencia genética (citado en Durand & Barlow, 2006). En conclusión, la depresión tiene bases genéticas y existe una vulnerabilidad que es transmitida de generación en generación.

Segundo: la depresión puede ser causada por el sistema neurotransmisor. Se ha encontrado que personas con depresión tienen bajos niveles de serotonina, norepinefrina y dopamina (Durand & Barlow, 2006). Los niveles bajos de serotonina hacen que otros neurotransmisores fluctúen más libremente lo que causa una desregulación y contribuye a irregularidades en el estado de ánimo (Durand & Barlow, 2006).

Tercero: el sistema endocrino también parece ser la causa de la depresión. La glándula suprarrenal que es responsable de producir cortisol (más conocida como la hormona de la tensión) aumenta los niveles cuando las personas atraviesan momentos estresantes en la vida. Se ha encontrado también que aumenta los niveles de cortisol por largos periodos de tiempo en personas que sufren de depresión. Esta prolongada secreción de cortisol tiene una causa negativa en las

funciones cognitivas, como la memoria (Durand & Barlow, 2006). Todavía hacen falta investigaciones para tener una teoría más concreta sobre la hormona de la tensión.

Teorías psico-sociales de la depresión

Teoría psicoanalítica.

La teoría psicoanalítica fundada por Freud considera que la depresión nace de la pérdida, real o imaginaria, de algo o alguien querido para la persona. Esta pérdida puede encontrarse tanto a nivel consciente como inconsciente. La persona que experimenta una pérdida de algo genera sentimientos de odio a si mismos y comienza a creer que es el único responsable de dicha pérdida. Freud también considera que la depresión se da por conflictos no resueltos en la vida de la persona. Esto genera pensamientos depresivos, autoestima baja y pocos sentimientos de valía. (Comer, 1992).

Melanie Klein consideraba que la persona con depresión pierde su autoestima por una relación negativa que tuvo con la madre en la infancia (citado en, Comer, 1992). En el caso de que el infante no tenga una buena experiencia con su madre, le dará una mayor probabilidad de generar una depresión (citado en, Comer, 1992). Por otro lado, Freud consideraba que si el infante tenía muchas experiencias positivas durante la infancia le predisponía a desarrollar una depresión. Esto se basa en la idea de que la persona nunca sale de su etapa oral lo cual genera grandes problemas en la vida adulta por la extrema necesidad de atención (Comer, 1992). En el caso de que el adulto no reciba la atención a la que estaba acostumbrado, genera sentimientos de inferioridad y rechazo (Comer, 1992). La crítica más grande hacia la teoría psicoanalítica es su limitado fundamento científico. No existen pruebas reales y científicas que comprueben todas las afirmaciones de las patologías (Comer, 1992).

Teoría conductual.

La teoría conductual considera que la depresión se aprende. Asimismo, la falta de reforzadores positivos y negativos hace que la persona tenga poca motivación y sienta poco control en su vida (Durand & Barlow, 2006). Esto genera que la persona pierda o disminuya su autoestima generando una depresión (Durand & Barlow, 2006).

Teoría cognitiva.

Según Beck, la depresión es causada por pensamientos negativos hacia uno mismo, el mundo y su futuro. También pensamientos de menos valía, inferioridad, expectativas altas y de poco control contribuye a la depresión (citado en Durand & Barlow, 2006). De igual forma, las personas que explican los sucesos de la vida de forma negativa o tienen atribuciones de desesperanza tienen más vulnerabilidad de desarrollar una depresión (Durand & Barlow, 2006). Se ha encontrado que las personas con depresión están asociadas con un estilo explicativo pesimista y va acompañada de cogniciones negativas de la vida (Durand & Barlow, 2006).

Teoría interpersonal.

Esta teoría considera que la depresión se da por problemas personales como la pérdida de un ser querido, problemas con seres queridos, cambio de roles o/y un déficit interpersonal (Martin, Martin, Santoch, Richardson, & Royall, 2001). La terapia interpersonal se enfoca en desarrollar nuevas habilidades interpersonales y aceptar los cambios para que la persona tenga una mejor adaptación (Martin, et.al, 2001).

Teorías sistémicas.

La teoría sistémica ha realizado varias investigaciones para conocer el rol del matrimonio en la depresión. Se encontró que matrimonios con diferencias, donde no hay intimidad, puede ser un factor de riesgo para la presencia de síntomas de depresión (Halloran, 2000). Coyne (1987), Fadden

(1989) y Cronkite & Moos (1983) aseguran que el 50% de las mujeres con depresión se encuentran dentro de un matrimonio con discordia (citado en Halloran, 2000). Existen varias explicaciones para la correlación entre estrés marital y depresión. Primero, el ciclo de desregulación emocional que considera que, mientras las personas fracasan en sus intentos de arreglar los conflictos familiares, más les llevará a comportamientos evitativos y de indiferencia (Halloran, 2000). Estos intentos fallidos, por lo general, terminan en depresión (Halloran, 2000). Segundo, la teoría del apego de Bowlby (Millikin, 2000), la cual da una gran importancia al soporte social y a la intimidad en base al apego seguro con personas significativas. Al encontrarse una persona en un matrimonio con estrés pone en peligro el apego seguro generando sentimientos de desesperanza y menos valía (Millikin, 2000). Tercero, la correlación entre estrés marital y depresión puede ser explicada por las diferencias sexuales. Las mujeres tienden a darse cuenta más rápido de los problemas maritales por lo que están menos satisfechas y tratan, más que los hombres, de buscar un cambio (Dempsey, 2001). En una relación amorosa, por lo general, son las mujeres las que tienen más conciencia de los problemas existentes y son ellas las que se dan cuenta de que hay la necesidad de un cambio en la relación (Dempsey, 2001). La poca satisfacción matrimonial y alta consciencia de problemas en el matrimonio pueden ser factores que contribuyen a la sintomatología de la depresión.

Cuarto, Se ha visto que la depresión y la satisfacción marital está relacionada con el poder dentro del matrimonio (Halloran, 2000). Se conoce al poder como el ejercer autoridad sobre otro en aspectos como los recursos, la salud o la fuerza física para alcanzar algún fin (Halloran, 2000). Se ha encontrado que el hombre tiene más poder dentro del matrimonio y tiene más control sobre la economía, las decisiones domésticas y el trabajo (Halloran, 2000). Por el otro lado, la mujer se siente impotente ante su relación lo que le lleva a sentimiento de falta de control y una desesperanza aprendida (Gottman, 1999). La teoría de la desesperanza aprendida considera que:

Persona que ha tenido experiencias en el pasado que le han sido desagradables y frente a las cuales no ha podido luchar, puede desarrollar un estilo de pensamiento en el que se convence a sí mismo de que toda situación desagradable que pueda experimentar, estará fuera de su control. Esto lo lleva a mostrar una actitud de conformismo y apatía hacia los aspectos personales y sociales del mismo (Galván, 2006, p.8).

Esto lleva a que la persona desarrolle un déficit motivacional, cognitivo y emocional que, por lo general, es visto como síntomas de depresión (Halloran, 2000). Las mujeres tienden a ser más sumisas y menos independientes (Halloran, 2000). En conclusión, al parecer entre menos poder de decisión tenga una persona dentro de un matrimonio, más depresión (Halloran, 2000).

El estrés marital es un factor mediador para la aparición de la depresión. Existe una clara asociación entre la discordia matrimonial y la depresión (Halloran, 2000). Mujeres que tienen matrimonios estresantes tienden a sufrir más síntomas depresivos que otras en diferente situación. Por lo general sienten menos afecto, experimentan culpa, tienen resentimiento hacia su esposo y tienen menos interacciones positivas con su familia. Estas relaciones están “caracterizadas por ser negatividad, asimétricas y con agresión” (Friedman, et.al., 2005). Todas esas atribuciones negativas llevan a más estrés marital lo que conlleva a más depresión (Friedman, et.al., 2005). Estos matrimonios se ven afectados por una pobre resolución de problemas, comportamientos destructivos y sentimientos negativos (Halloran, 2000).

Otras teorías.

Karkoeski (1999) considera que sucesos estresantes pueden disparar la aparición de trastornos del estado de ánimo como la depresión (citado en, Durand & Barlow, 2006). Después de varias investigaciones, Brown (1989) concluyó que existe una relación entre sucesos graves o sucesos traumáticos con la depresión (Durand & Barlow, 2006). Los estudios indican que entre el

20 y el 50% de personas que experimentan sucesos estresantes desarrollan alguna depresión (Durand & Barlow, 2006). Al parecer este porcentaje está ligado a alguna vulnerabilidad genética que aumenta la probabilidad de desarrollar algún trastorno de estado de ánimo (Durand & Barlow, 2006).

Otro factor que puede explicar la causa de la depresión es la teoría del desamparo aprendido. Esta considera que las personas se deprimen porque piensan que no ejercen ningún control sobre sus vidas y no tiene control para afrontar eventos difíciles en sus vidas. Las personas se sienten indefensas, sin control y pierden la esperanza (citado en Durand & Barlow, 2006). Lo que genera que las personas tengan atributos personales 1) causales: la persona considera que los eventos de la vida suceden al azar sin tener ningún control. 2) internos: que la persona es culpable de lo que pasa en su vida. 3) estables y globales: que los eventos de la vida no cambian (Friedman, Gaertner, Gordon & Miller, 2005). La desesperanza es uno de los mayores generadores de la depresión ya que hace que la persona se sienta sin control de su vida (Friedman, et.al., 2005).

Teoría del EFT.

La EFT considera a la depresión como un trastorno causado por experiencias de “abuso, negligencia, abandono o poco entendimiento hacia la persona” (Greenberg, 2010). Este tipo de experiencias hace que la persona tenga problemas en procesar sus emociones. Existe dos formas de procesar las emociones de manera negativa, o la persona se sobesatura o evita las emociones. La sobesaturación o evitación emocional hace que las personas tenga dificultad en adaptarse a su vida de manera sana, creando esquemas del sí mismo de incompetencia, inseguridad, auto culpa y otras emociones secundarias (Greenberg & Watson, 2008). El sí mismo tiene un concepto de vulnerabilidad y pocos recursos adaptativos lo que hace que la persona se sienta con vergüenza, sin

esperanza, débil y sin ninguna resiliencia para afrontar los problemas (Greenberg & Watson, 2008; Greenberg, 2010).

Tipos de tratamientos

Existen varios tratamientos para la depresión a) tratamientos farmacológicos b) terapia psicoanalítica c) terapia cognitiva-conductual c) psicoterapia interpersonal d) corriente humanista.

Tratamiento farmacológico.

Existen tres tipos de medicamentos contra la depresión. Los tricíclicos, los inhibidores de moniaminoxidase (MAO) y los inhibidores de la serotonina (Durand & Barlow, 2006). Los medicamentos son muy importantes para trabajar con depresiones graves y sobre todo con personas que corren riesgo de suicidio (Durand & Barlow, 2006). Varias investigaciones confirman que el uso combinado de psicoterapia y fármacos previenen o alargan las recaídas o recurrencia en trastornos depresivos (Durand & Barlow, 2006).

A pesar de los resultados positivos, los fármacos generan efectos adversos o no deseados. Dependiendo del fármaco los efectos secundarios varían, pero por lo general las personas suelen presentar taquicardia, hipertensión, agitación, insomnio y, en algunos casos, disfunción sexual. Otro efecto negativo de los fármacos es que pueden desmotivar al cliente a continuar con la terapia psicológica porque se siente mejor. El cliente también puede tomar una postura pasiva ante su tratamiento ya que deja el bienestar propio al fármaco (Adan & Prat, 2007). Los fármacos también pueden generar en la persona bajo desenvolvimiento porque puede perder confianza en sí mismo ya que considera que su mejoría se da por factores externos (Adan & Prat, 2007).

Terapia psicoanalítica.

La terapia psicoanalítica tiene como meta traer la pérdida real o imaginaria que se encuentra en el inconsciente. Para esto, el terapeuta usa la técnica de libre asociación para traer al consciente

el objeto perdido (Comer, 1992). Luego, el paciente y el terapeuta hablan acerca del evento que le llevó a perder algo para tratar de interpretarlo. Esto ayuda a que el paciente logre una introspección de su ira interna ante la pérdida. Los psicoanalíticos también usan la interpretación de los sueños como una técnica para llegar al inconsciente. La meta final es que el paciente entienda cuáles son las pérdidas que tuvo para que pueda confrontar las pérdidas del presente y del futuro (Comer, 1992). Una de las grandes limitaciones de esta terapia es que el tratamiento puede ser largo y costoso (Comer, 1992). Personas con depresión pueden encontrarse en peligro de suicidio y lo que necesitan es un tratamiento rápido y eficaz.

Terapia Cognitiva-Conductual.

En la actualidad la terapia cognitiva-conductual es la más popular por su efectividad. Esta terapia tiene como meta modificar comportamientos y pensamientos (Roffman, 2005). Los pacientes deben pasar por un proceso de descubrir los pensamientos automáticos que afectan su estado de ánimo (Roffman, 2005). Asimismo, el terapeuta con su paciente tratan de corregir las distorsiones cognitivas que producen la depresión (Roffman, 2005). Al mismo tiempo trabajan en esquemas cognitivos así como en creencias centrales disfuncionales (Roffman, 2005).

La terapia cognitiva-conductual es, en la actualidad, una terapia muy atractiva por su eficiencia y los buenos resultados arrojados en varias investigaciones. La terapia cognitiva-conductual introdujo investigación de alta calidad usando grupos de control al azar (Roffman, 2005). Uno de sus mejores contribuciones son los manuscritos donde aclara detalladamente los métodos de tratamiento para cada trastorno específico (Roffman, 2005). Durante una investigación de Roffman (2005) se encontró que en la terapia cognitiva conductual y terapia interpersonal generan cambios en la actividad del cerebro en personas con depresión logrando una mejoría en la

sintomatología (Martin, et.al, 2001). También se pudo observar cambios en el metabolismo del cortico prefrontal y otras regiones frontales (Martin, et.al, 2001).

La terapia cognitiva-conductual ha demostrado ser efectiva en una variedad de desordenes psiquiátricos. Sin embargo tiene sus limitaciones. Todavía resta saber el impacto que tiene la terapia a largo plazo sobre las enfermedades psiquiátricas (Mcleod, 2008). También se desconoce cuál es el rol del proceso cognitivo, es decir, si las cogniciones negativas son en sí una consecuencia o una causa de los trastornos psiquiátricos (Mcleod, 2008). También el pensamiento es solo una de las muchas funciones del ser humano que puede estar generando dificultades a la persona (Mcleod, 2008).

Terapia Interpersonal.

La terapia interpersonal se enfoca en el desarrollo de habilidades interpersonales para una mejor adaptación (Martin, Martin, Santoch, Richardson, & Royall, 2001). Esta terapia se centra en la aceptación de la pérdida, aceptación de los cambios, en la búsqueda de patrones interpersonales negativos y en reducir el aislamiento social. La terapia tiene como meta que la persona aprenda a resolver problemas en las relaciones y genere nuevas habilidades interpersonales (Durand & Barlow, 2006). Al igual que la terapia cognitiva-conductual, esta terapia es bastante rápida, se necesita alrededor de 30 sesiones. En la investigación de Brody y colegas (2001) se comparó dos tipos de tratamientos para personas con depresión. Se utilizó la terapia interpersonal y tratamiento farmacológico de paraxotine. Se encontró que en los dos grupos hubo una reducción en el metabolismo de córtex pre frontal, lóbulo izquierdo temporal y en el anterior cingulado generando mejoras en la depresión. Otra investigación de Martin y colegas (2001), trabajaron con pacientes depresivos los cuales tuvieron durante seis semanas una hora por semana terapia interpersonal. Después del proceso teraéutico, se observó que los pacientes habían reducido su metabolismo en el

córtex pre frontal derecho y anterior cingulado izquierdo. Hubo a la vez un aumento en el núcleo caudal. Estos cambios generaron mejoras en la sintomatología de la depresión.

Corriente humanista.

La corriente humanista es conocida como la tercera fuerza de la psicología ya que rechaza las otras tendencias de ver al ser humano (Cain, 2008). Esta nueva visión confía en la capacidad del ser humano en desarrollar su propio potencial, madurar y encontrar el mejor comportamiento para su bienestar. Las personas tienen la capacidad de utilizar todo a su alrededor, es decir experiencias internas y recursos externos, para promover su salud mental (Cain, 2008). Varias terapias surgieron de la corriente humanista como la terapia centrada en el cliente, la terapia Gestalt, y la terapia experiencial (Cain, 2008).

La terapia centrada en el cliente fue fundada por Carl Rogers (1940). Esta terapia confía y da valor a la tendencia del ser humano a encontrar su propio bienestar y autorrealización que se llega al momento que la persona es auténtica y genuina consigo misma. Considera que la persona misma es fuente de crecimiento y sabiduría (en Cain, 2008). Una de las mayores contribuciones de Rogers fue el inmenso valor que dio a la relación del terapeuta con su cliente. La relación terapeuta-cliente es importante porque ayuda al cliente a sentirse comprendido y explorar sus emociones (Cain, 2008). Para alcanzar una buena alianza terapéutica, se necesitan condiciones primordiales en el terapeuta, el cual debe ser genuino auténtico, congruente, sin prejuicios, respetuoso y que inspire confianza. Tiene que existir una comunicación verdadera para que se pueda llegar a un cambio constructivo (Cain, 2008).

La terapia Gestalt fue fundada por Frederick Perls (1893-1970). Esta terapia se enfatiza en desarrollar el potencial humano. Perls consideraba que las personas saludables pueden organizar su campo de experiencia de tal manera que conocen cuáles son sus necesidades. Al conocer las

necesidades la persona puede emprender una acción para satisfacerlas y alcanzar el bienestar (Cain, 2008). Asimismo la terapia Gestalt ayuda al cliente a que concientice lo que está viviendo y experimentando en el aquí y el ahora (Cain, 2008). El aquí y el ahora es cuando el terapeuta intenta que su cliente explore su conciencia inmediata y que aprenda a ser consciente de cómo construye su realidad en ese momento. La meta es que el cliente atienda su comportamiento y emoción inmediata y el impacto que tienen éstas (Wolf & Toman, 2005). Asimismo, promueva experiencias directas más que el simple hecho de redactar, utilizando ejercicios en el aquí y en el ahora. Estos ejercicios facilitan a la persona a que traiga contenidos no antes conscientes (fondo) y la trabajen en el presente (figura). Al traer del fondo la figura el cliente se da cuenta de algo antes no consciente y puede ponerse en contacto con sus necesidades (Wolf & Toman, 2005).

La terapia experienciales tiene dos principales terapias 1) psicoterapia experiencial orientada al *Focusing* 2) terapia experiencial del proceso. La primera se referiré al que el cliente debe poner atención a las emociones que no están claras y tratar de sentir las en el cuerpo (Cain, 2008). Es poner atención a lo que el cuerpo siente y expresa para luego poner en palabras y/o en imágenes. Las personas se conectan con su propia experiencia sentida en el cuerpo (Cain, 2008).

La terapia experiencial de proceso fue fundada (ahora conocida como terapia enfocada en la emoción) por Greenberg y Elliot (1993). Esta terapia integra la terapia centrada en el cliente, la terapia Gestalt y la terapia focusing. Al igual que la terapia centrada en el cliente, para la terapia experiencial de proceso es importante la relación del terapeuta con su cliente, manteniendo un papel más activo en el proceso terapéutico. Al igual que la terapia Gestalt, utilizan ejercicios en el aquí y en el ahora para ayudar al cliente a conocer más sobre su sí mismo. Y por último, la terapia experiencial del proceso utiliza la sensación sentida en el cuerpo para que la persona se ponga en contacto con sus emociones. Lo más sobresaliente de esta terapia, es que integra aspectos

emocionales y cognitivos con la meta de que la persona se ajuste mejor a su realidad (Cain, 2008). Asimismo, tiene confianza en el desarrollo y sano funcionamiento del ser humano cuando éste se pone en contacto con sus emociones (Cain, 2008).

La terapia enfocada en la emoción tiene como meta lograr que la persona tome conciencia de su emoción y la acepte, para que de esta manera sea la emoción la que guíe a la persona a su bienestar (Greenberg, 2004). Esta terapia nace de la terapia experiencial mezclando conceptos humanistas sin dejar a un lado los aspectos cognitivos (Greenberg & Watson, 2008). Asimismo, utiliza ejercicios de la Gestalt como el diálogo de las dos sillas o el diálogo de la silla vacía.

Comparación entre terapias.

Existen varias terapias que son utilizadas con personas depresivas, cada una pone énfasis en diferentes factores que deben ser trabajados en sesión para que la persona pueda superar el malestar psicológico. La terapia cognitiva conductual considera que es importante trabajar en factores cognitivos, la terapia interpersonal hace énfasis en los factores interpersonales y la terapia psicoanalítica considera importante trabajar con aspectos y personas significativas del pasado. EFT abarca justamente estos tres aspectos, la cognición, los factores interpersonales y las personas significativas del pasado, ya que considera que la emoción es un proceso regulador de las cogniciones, relaciones interpersonales y recuerdos (Greenberg & Watson, 2008).

Al igual que la terapia cognitiva conductual, la EFT considera que los pensamientos de auto crítica y perfeccionismo pueden ser la causa de la depresión. A diferencia que la EFT trabaja con las emociones mal adaptativas que están generando los pensamientos de auto crítica y perfeccionismo (Greenberg & Watson, 2008).

De la misma manera, la terapia interpersonal pone énfasis en las relaciones interpersonales y cree que la depresión puede darse por algún cambio en la vida o la pérdida de un ser querido

(Martin, et.al, 2001). El EFT también considera importante las relaciones interpersonales, pero considera que no es la pérdida o cambio de algo o alguien, sino más bien es la respuesta afectiva de dicha pérdida o cambio en lo que se debe trabajar. Sentimientos como desesperanza y vulnerabilidad son generados por problemas interpersonales y son estas emociones las que se deben ser transformadas (Greenberg & Watson, 2008).

Al igual que la terapia psicoanalítica, la EFT ha encontrado que las personas con depresión tienen recuerdos del pasado asociados con emociones negativas lo que hace que la persona sea más vulnerable a la depresión (Greenberg & Watson, 2008). La EFT considera que al evocar las emociones negativas o asuntos no resueltos del pasado ayudan al paciente a superar la depresión (Greenberg & Watson, 2008).

En un estudio realizado por Gordon, Kalogerakos, Stermac, Steckley y Watson (2003) compararon la efectividad de la terapia cognitiva conductual con la terapia experiencial del proceso en pacientes con depresión. Se midió niveles de depresión, auto estima, síntomas de estrés y actitudes disfuncionales. Al final de las 16 semanas los pacientes mostraron cambios significativos en todos los aspectos sin importar el tipo de terapia que recibieron. Asimismo, los dos grupos mostraron niveles más bajos de reactividad y mejoraron sus estrategias de adaptación. La diferencia que se encontró entre los dos grupos, es que los clientes que recibieron la terapia experiencial del proceso reportaron menos problemas interpersonales.

Watson y Bedard (2006) quisieron comparar los procesos emocionales profundos de los clientes que tuvieron buenos resultados con los clientes que no tuvieron buenos resultados, después de haber recibido un tratamiento con terapia cognitiva conductual y terapia experiencial. Se encontró que los clientes que habían tenido mejores resultados después de la terapia, mostraron niveles significativamente más profundos de procesamientos emocionales. En conclusión, los

clientes con resultados positivos suelen tener un procesamiento emocional profundo desde el inicio de terapia y aumenta hasta llegar a la mitad del proceso.

Pos, Greenberg y Korman (2003) hicieron una investigación para ver cómo los procesos emocionales de los clientes depresivos influyen en la autoestima y los problemas personales antes y después de la terapia. Los resultados revelan que al existir un proceso emocional profundo al inicio y al final de la terapia, el cliente logra una mayor reducción en la sintomatología de la depresión y mejoran la autoestima.

Goldman y colegas (2003) han encontrado que el proceso emocional profundo es esencial para que el cliente tenga buenos resultados después de la terapia. Los procesos emocionales profundos son importantes y debe suceder sobretodo en la mitad y al final del tratamiento. Estos resultados también indican que al parecer no es el tipo de terapia utilizada lo que trae buenos resultados, sino más bien es la experiencia emocional profunda que se alcanza durante las sesiones. A pesar de que todas las terapias trabajan con emociones, lo destacado de la EFT es que se enfoca precisamente en el proceso emocional profundo por medio de ejercicios en el aquí y en el ahora (Greenberg & Watson, 2008). También se ha encontrado que trabajar con emociones genera una organización emocional de la persona que produce cambios a largo plazo emocionales, cognitivos y de comportamientos (Greenberg & Watson, 2008).

Importancia del trabajo con emociones

La toma de decisiones y el córtex orbito frontal.

La toma de decisiones es muy importante en la vida de las personas ya que no solo ayuda a generar y escoger una opción, sino también ayuda a que inicien una acción (Kalis, Mojzisch, Schweizer & Kaiser, 2008). Personas que suelen tener problemas en las toma de decisiones tienen

comportamiento apáticos, ambivalentes y de muy poca acción (Kalis, et.al, 2008). Esta falta de toma de decisiones parece estar relacionado con un impedimento emocional cognitivo.

Bechara y Damasio (2004) consideran que la toma de decisiones se da en el córtex orbito frontal del cerebro y está estrechamente relacionada con las emociones. Las personas con depresión muestran una falta en la habilidad de la toma de decisiones. Asimismo, se ha encontrado en personas depresivas un deterioro en el córtex orbito frontal lo que parece generar justamente esta inhabilidad en la toma de decisiones (Bechara & Damasio, 2004). Se considera que al trabajar con emociones, están pueden generar cambios en el córtex orbito frontal necesarios para que existan un mejor funcionamiento en la habilidad de toma de decisiones. Las emociones son básicas para nuestro vivir cotidiano y ayuda a la persona a tomar decisiones de manera efectiva y rápida (Rubinsztein, et.al, 2006). Al tener más consciencia de las emociones, las personas están más consientes de sus necesidades y deseos; lo que genera que la persona implemente un plan de acción para satisfacer sus necesidades (Greenberg & Watson, 2008).

Emotion Focused Therapy

Emociones

La terapia enfocada en la emoción pone énfasis en las emociones ya que son los principales responsables de la construcción y la auto-organización del sí mismo y de dar un significado a la vida (Greenberg, 2004). Las emociones ayudan al ser humano a adaptarse a su realidad y de encontrar su bienestar ya que informa a la persona cuáles son sus necesidades, preocupaciones y metas (Greenberg, 2004). La emoción es de naturaleza adaptativa y ayuda al ser humano a procesar de manera rápida y efectiva información cumpliendo las necesidades del organismo como de auto protección o soporte (Cain, 2008).

Tipos de emociones.

Existen diferentes tipos de emociones y es primordial reconocer la diferencia para lograr una buena terapia. Existen emociones primarias, secundarias e instrumentales (Greenberg & Watson, 2008).

La emoción primaria es la reacción primaria ante una situación y la persona puede estar consciente o no de dicha emoción (Greenberg & Watson, 2008). Las emociones primarias pueden ser a) adaptativas b) positivas c) mal adaptativas d) negativas.

a) Las emociones primarias adaptativas son muy importantes porque dan información al ser humano de cómo comportarse, cómo resolver los problemas y promueven la adaptación y bienestar para la persona (Greenberg, 2004; Greenberg & Watson, 2008). También son importante porque informan a la persona sobre su necesidad y le dan la energía y motivación suficiente para satisfacer su necesidad (Greenberg, 2004). Por ejemplo, en el caso que se presentará más adelante, la clienta sentía una tristeza muy grande de que su esposo se había ido con otra mujer. La emoción de pena hizo que la clienta se estanque porque lo único que deseaba era que su esposo la ame de nuevo. Por medio del proceso terapéutico, se llegó a la emoción primaria adaptativa de ira en contra de su esposo. Esta emoción le ayudó a la clienta a promover acciones para su bienestar personal. Otros ejemplos puede ser la tristeza por una pérdida, ira por una violación algún derecho propio y miedo ante un estímulo peligroso.

b) Las emociones positivas adaptativas ayudan a que la persona ponga atención y amplíe su consciencia para poder tener más claridad sobre la situación. Este tipo de emociones son importantes porque les dan a las personas recursos para adaptarse ya que son emociones que pueden contrarrestar emociones negativas (Greenberg & Watson, 2008). Las emociones positivas pueden ser el entusiasmo, interés, orgullo, alegría, amor, compasión y esperanza (Greenberg & Watson,

2008). El terapeuta debe lograr que su cliente tome consciencia de estas emociones ya que éstas evocarán otras emociones positivas y ayudarán a profundizar la experiencia positiva del cliente (Greenberg & Watson, 2008).

c) Las emociones mal adaptativas primarias son aquellas respuestas que se dan por el aprendizaje y sobrevivencia de la persona. Estas emociones se desarrollan generalmente de experiencias traumáticas y que capaz fueron en su momento adaptativas, pero en la actualidad ya no tienen el mismo resultado (Goldman, Greenberg, Rhonda & Pos, 2005). Lo malo es que las emociones mal adaptativas no cambian así la circunstancia haya cambiando (Greenberg, 2004). Por lo general, estas emociones hacen sentir a la persona sin esperanza, atascado, con desesperación, soledad, abandono o sin valor (Goldman, Greenberg, Rhonda & Pos, 2005). Las emociones mal adaptativas deben ser transformadas porque no ayudan a resolver el conflicto (Greenberg, 2004). Greenberg y Watson (2008) consideran que las emociones mal adaptativas primarias en depresivos son el “miedo al abandono, miedo a la cercanía con otros, miedo a la aniquilamiento, y sentimientos profundos de vergüenza y de ser deficiente, sin valor o despreciable” (traducido por, autora, p.39). En el caso que se presentará más adelante, la clienta se sentía sin valor por la falta de interés de su padre hacia ella.

c) Las emociones negativas son aquellas que hacen que la persona se centre solo en un estímulo y no le permite ver situaciones que contradigan su estado de ánimo. Estas emociones generan acciones que pueden ser contraproducentes ya que sólo se centran en una parte de lo que está sucediendo (Greenberg & Watson, 2008). Estas emociones son las que los clientes traen a consulta y son claros indicadores de la experiencia personal que deben ser tratados. Ejemplos de estas emociones pueden ser el miedo, vergüenza y humillación. Asimismo, se encontró emociones negativas en la clienta ya que se sentía humillada ante el fracaso de su matrimonio.

El segundo tipo de emociones son las emociones secundarias. Estas emociones son respuestas a un proceso interno y sirven como protección ante dichos procesos. Los procesos internos pueden ser emociones primarias, pensamiento, sentimientos o los dos. La respuesta ante los procesos internos son aprendidas por medio de la experiencia de la persona y generan las emociones secundarias (Greenberg, 2011; Greenberg & Watson, 2008). En terapia es importante indagar las emociones secundarias para encontrar que está generando esta emoción. Las personas con depresión suelen tener emociones secundarias de desesperanza, impotencia y culpa (Greenberg & Watson, 2008). Por ejemplo, una persona con depresión puede sentirse culpable (emoción secundaria) por sentir ira.

Y por último, las emociones instrumentales son aquellas que se convierten en patrones de comportamiento aprendidos y tiene como objetivo manipular o influenciar en los demás. Esto le ayuda a la persona a tener seguridad y dominio en su vida (Greenberg & Watson, 2008). Las emociones instrumentales son parte de la personalidad y carácter de la persona (Greenberg & Watson, 2008). Estas emociones pueden estar muy relacionadas con las secundarias. Ejemplos de esta emoción en depresivos es cuando hablan de alguna manera frente a otros para que las personas que lo rodean acudan a su rescate (Greenberg & Watson, 2008).

Lo que EFT recomienda es procesar emociones mal adaptativas o emociones secundarias para llegar a emociones adaptativas como la tristeza por la pérdida y la ira por la violación a la seguridad. Se dice que “el antídoto es reconocer y empoderar las emociones adaptativas para que éstas generen auto calma y compasión por un mismo” (Greenberg & Watson, 2008). Reconocer y empoderar las emociones adaptativas también lleva a que la persona reconozca su necesidad no satisfecha (Greenberg, 2011). Por ejemplo, una persona con depresión puede sentirse abandonada y

su necesidad es sentirse segura. Al reconocer la necesidad, la persona emprende comportamientos o acciones que satisfaga su necesidad (Greenberg, 2011).

En conclusión, el trabajo del terapeuta es lograr que el cliente procese toda la gama de experiencias emocionales para llegar a las emociones adaptativas y empoderarlas para que el cliente sepa cuál es su necesidad y su meta (Greenberg, 2011). Conocer la necesidad que no se estaba satisfaciendo genera la energía y motivación para emprender acciones adaptativas.

Esquemas emocionales

Las emociones son señales físicas de las reacciones del cuerpo ante un estímulo (Greenberg, 2004). Al sentir las señales del cuerpo, la persona las interpreta y las junta con otras sensaciones para integrar toda la información en un significado unificado cognitivo afectivo (Greenberg, 2004). De esta manera, mientras las personas experimentan, crecen y aprenden las emociones van formando redes que conectan toda la información creando esquemas emocionales (Greenberg, 2004). Estos son una unión organizada de emociones, estímulos sensor motor, memoria emocional, creencias aprendidas, reglas e información conceptual que incluye componentes culturales verbales y no verbales (Greenberg, 2004). Cada persona tiene su propia organización lo que genera su propia experiencia de vida (Greenberg & Watson, 2008).

Los esquemas emocionales trabajan de manera inconsciente en la persona y ayudan al ser humano a no estar gobernado por simples impulsos biológicos, ya que proporcionan una interpretación coherente de la realidad (Greenberg, 2004). Asimismo, ayudan a la persona a predecir, anticipar su ambiente, reaccionar, pensar y dar un significado de la experiencia generando un plan de acción. También se encarga de dar la energía y motivación suficiente para que la persona se movilice y satisfaga la necesidades en armonía con el ambiente (Demasio en Beer, Knigh & D'Esposito, 2006; Greenberg, 2004; Greenberg, 2011).

Ante un estímulo, la persona genera una evaluación básica que está influenciada por el aprendizaje. La evaluación activa esquemas emocionales que a su vez determinan la forma en que la información será procesada (Greenberg & Watson, 2008). Esto genera un afecto, un comportamiento con tendencia a actuar y un significado básico (Greenberg & Watson, 2008). Estos tres interactúan entre ellos y se influyen para dar como resultado un pasamiento, un sentimiento y una acción consciente (Greenberg & Watson, 2008). En personas con depresión, lo que sucede es que un estímulo evoca esquemas emocionales que involucran a la vez una necesidad central no satisfecha. Esto genera una evaluación con afectos de humillación, inseguridad y ansiedad que afectaran a la vez en el pensamiento, sentimiento y acción de la persona, haciéndola sentir sin poder y sin esperanza (Greenberg & Watson, 2008).

Para trabajar con esquemas emocionales disfuncionales el terapeuta debe evocar emociones en el cliente. Al evocar emociones adaptativas o positivas dentro de un ambiente terapéutico seguro nuevos esquemas emocionales se forman (Greenberg, 2004). Esto se da gracias a que en terapia se crea una experiencia emocional adaptativa que se integra a los antiguos esquemas emocionales disfuncionales generando un cambio. Durante este proceso la persona debe estar consciente de las emociones para que funciones ejecutivas del cerebro se involucren y generen una organización interna cognitiva, emotiva y motivacional adaptativa (Greenberg, 2004).

Teoría dialéctica-constructiva

Para entender con más precisión cómo los esquemas emocionales cambian la experiencia de la persona, Greenberg y Watson (2008) utilizan la teoría dialéctica-constructiva. El si mismo de una persona está siempre en una continua creación de significado y utiliza información biológica y de aprendizaje cultural (Greenberg, 2004). La continua construcción de significado se da por medio de un proceso dialectico que se conforma de dos sistemas (Greenberg, 2004). El primer sistema es

afectivo, y el segundo es un sistema de creación de significado (Greenberg, 2004). El primer sistema constituye elementos biológicos básicos del cuerpo, como el sistema límbico, glándula pituitaria o hipotálamo que generan información para dar un orden básico de la experiencia personal (Greenberg, 2004). A través del tiempo, la persona utiliza este orden básico y conjuntamente con las prácticas culturales, el aprendizaje y las experiencias forman los esquemas emocionales (Greenberg & Watson, 2008). Los esquemas emocionales al tener toda esta información se transforman en los primeros generadores de la experiencia del si mismo. Es decir, que en cualquier momento, la persona es organizada por la síntesis de varios esquemas emocionales y forman un si mismo. Este si mismo no es rígido, sino más bien está en continua transformación dependiendo de la síntesis de los esquemas emocionales (Greenberg & Watson, 2008). Esta organización de esquemas emocionales que forman un si mismo genera una sensación sentida en el cuerpo. La persona presta atención a los sentimientos internos y los interpreta para reconocer lo que está sucediendo en su cuerpo (Greenberg & Watson, 2008). Es aquí cuando la segunda fase del proceso dialéctico entra en acción, ya que la persona simboliza la sensación sentida en el cuerpo utilizando las palabras. Esto es un proceso cultural porque la persona utiliza la lingüística que fue adquirida en la cultura para dar un significado (Greenberg, 2004). Por medio de la simbolización y la reflexión de la sensación sentida en el cuerpo la persona crea un significado, es decir, le da un sentido a lo que está sucediendo (Greenberg, 2004). Esto es una interacción dialéctica-constructivista ya que continuamente hay nuevas síntesis del si mismo que generan nuevas sensaciones sentidas en el cuerpo y que la persona debe simbolizar para crear un significado de su experiencia (Greenberg, 2004).

En conclusión, el dar un sentido personal es un proceso circular, que comienza por un el sistema afectivo (Greenberg, 2011), el cual es pre simbólico y se da por medio de la sensación

sentida en el cuerpo (Greenberg, 2004). Luego pasa al sistema de creación de un significado, el cual es simbólico. Posteriormente pasa a la conciencia y se genera un significado de la experiencia. Estos dos sistemas interactúan entre sí para crear una nueva experiencia (Greenberg, 2011). Los procesos cognitivos como la atención y procesos ejecutivos influyen en todo el sistema, desde la creación de esquemas emocionales, organización del si mismo, sensación sentida en el cuerpo, simbolizar y dar un significado. En terapia es importante modificar los esquemas emocionales que están interfiriendo en el bienestar de la persona.

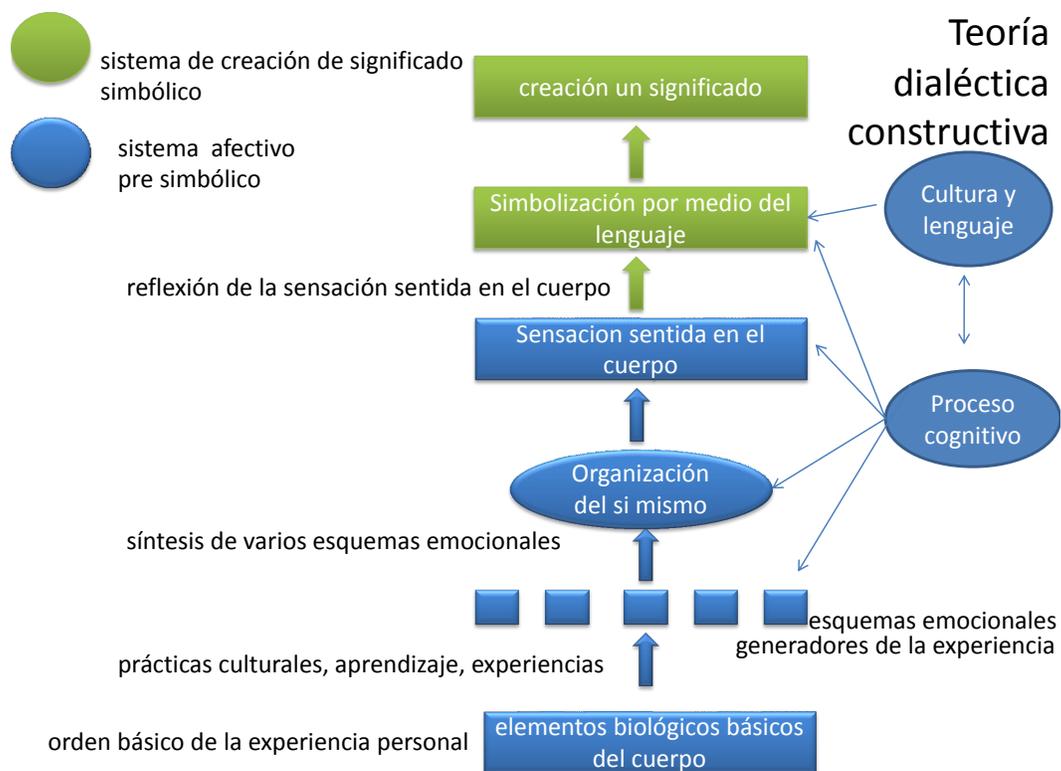


Figura 1, Greenberg & Watson (2008)

Procesos emocionales para la modificación de emociones

Para crear un nuevo significado personal, Greenberg y Watson (2008) consideran que se debe modificar las emociones para generar cambios en los esquemas emocionales. Para modificar las emociones, el cliente con su terapeuta deben pasar por un proceso emocional que está dividido

en tres etapas: Las tres etapas son: a) alianza y generar consciencia de emociones b) evocar y explorar la emoción c) transformación de la emoción (Greenberg, 2011).

Alianza y generar consciencia de emociones.

La primera etapa tiene tres procesos: 1) crear una alianza terapéutica 2) promover una consciencia de la emoción 3) expresar la emoción (Greenberg, 2011).

Alianza terapéutica.

El primer proceso es crear una alianza terapéutica apropiada. Para alcanzar un ambiente seguro dentro de terapia, Roger (1941) propuso tres condiciones básicas (en Cain, 2008). Roger consideraba que el terapeuta debe tener un entendimiento empático, ser congruente y tener una consideración positiva incondicional (Cain, 2008). Cuando el cliente se siente validado, seguro y con soporte, tiene más oportunidad de encontrar cierto equilibrio emocional y fortalecer su sí mismo (Goldman et.al, 2005).

La meta de este primer proceso es generar una relación cálida, empática y colaborativa, ya que por lo general, las personas con depresión tienden a sentirse solos y sin esperanza (Greenberg & Watson, 2008). Al estar en terapia, el terapeuta les debe proporcionar ese ambiente de comprensión, entendimiento y relajación (Cain, 2008). Desde un inicio, el terapeuta se enfoca en la experiencia interna y las emociones evocadas con una actitud de completa honestidad y empatía (Greenberg & Watson, 2008). De esta manera, el cliente se sentirá seguro para poder explorar sus emociones de manera más profunda (Greenberg & Watson, 2008). Asimismo, es importante para la alianza terapéutica que el cliente sepa de la importancia de trabajar en emociones y que conjuntamente con el terapeuta se propongan una meta en común (Greenberg & Watson, 2008).

En una investigación realizada por Lambert, Shapriro y Bergin (1986) encontraron que los terapeutas que proporcionaban dicho ambiente lograban tener más efectividad que otros terapeutas

que no lo hacían (Cain, 2008). Otras investigaciones realizadas entre 1970 y 1980 confirmaron que la alianza terapéutica sí facilita al proceso terapéutico (Cain, 2008).

Consciencia de la emoción.

Segundo proceso, es promover consciencia de la emoción y lograr que el cliente ingrese a su mundo interno. Durante este proceso, el terapeuta debe lograr que la persona se ponga en contacto con la sensación sentida en el cuerpo. Greenberg & Watson (2008) consideran que “la persona al enfocarse en la sensación sentida en el cuerpo podrá finalmente atender, quitar la evitación, reconocer y experimentar completamente su emoción y sentido emocional dentro de un ambiente terapéutico seguro” (traducido por, autora, p. 101). De esta manera, la persona podrá sentir su emoción de la que antes no estaba consciente o que no la tenía muy clara. A su vez, es importante que la persona no sólo sienta la emoción sino que también entre a la experiencia que trae consigo, es decir, que alcance un proceso emocional profundo (Greenberg & Watson, 2008). Cuando el cliente comienza a experimentar y a expresar su emoción en el aquí y ahora, el terapeuta debe guiar a la persona hacia un proceso emocional profundo (Greenberg & Watson, 2008).

Para alcanzar una introspección profunda y verdadera por parte del cliente, los terapeutas pueden utilizar varias herramientas. Una de las herramientas es la imaginación, donde la persona va relatando el suceso y el terapeuta le puede ayudar a construir el evento de la manera más real posible (Greenberg & Watson, 2008). Este ejercicio se utiliza para traer la experiencia en el aquí y en el ahora y reconocer las sensaciones sentidas en el cuerpo y para lograr que la persona se ponga en contacto con la emoción (Goldman, et.al, 2005). La meta es poder acceder a la memoria episódica de la persona sobre alguna experiencia en particular y poder traer la emoción que está con dicho recuerdo (Greenberg & Watson, 2008). Este recuerdo puede ser para la persona un disparador de sus sentimientos, comportamientos o pensamientos no adaptativos o, justamente, los que le

llevaron a terapia porque le producen malestar. Al momento de traer el recuerdo con su emoción respectiva en el aquí y en el ahora genera un mejor entendimiento a la persona de sus acciones, pensamientos o emociones (Greenberg & Watson, 2008).

Otra técnica muy utilizada para acceder a la emoción es el Focusing. Este ejercicio se lo trabaja cuando las personas no saben qué sienten exactamente. Greenberg & Watson (2008) recomiendan que el terapeuta pida al cliente que se centre en ese sentimiento no claro y trate de encontrar en alguna parte del cuerpo ese sentimiento confuso (Greenberg & Watson, 2008). Luego, el terapeuta le pide al cliente que se concentre en ese espacio y vaya relatando los estados subjetivos para que luego escoja un sentimiento (Cain, 2008). Una vez escogido el sentimiento, la persona debe sentir si ese sentimiento es el que mejor explica su estado y si no debe seguir buscando la sensación que mejor encaje (Greenberg & Watson, 2008). El terapeuta puede proporcionar diferentes ideas de sentimientos que considere que el cliente está sintiendo. Una vez encontrando el sentimiento que más encaja, el cliente comienza a explorar el sentimiento y trata de buscar cuál situación pertenece a dicho sentimiento.

Otra técnica del terapeuta para alcanzar una introspección profunda es la respuesta empática con el uso de reflejo (Cain, 2008). El reflejo es cuando el terapeuta dice de nuevo lo que su cliente le contó, y por medio de esto el cliente se da cuenta de lo que está comunicando (Cain, 2008). Existen cinco tipos diferentes de respuestas empáticas. La respuesta de entendimiento empático que es un reflejo sin añadir una emoción (Cain, 2008). Afirmación empática que es el uso del reflejo confirmando la emoción expresada por el cliente (Cain, 2008). Evocación empática donde el terapeuta añade una imagen a la emoción (Cain, 2008). Respuesta explorativa empática que ayuda al cliente a profundizar y elaborar la emoción (Cain, 2008). Y por último, la conjetura empática que

es cuando el terapeuta entrega información nueva sobre alguna emoción que no fue mencionada por el cliente (Cain, 2008).

En caso de que el cliente se sienta abrumado por sus emociones, el terapeuta debe proporcionar habilidades de regulación emocional. Uno puede ser enseñar a auto regularse y calmarse por medio de diferentes ejercicios de relajación y meditación (Greenberg & Watson, 2008). También el cliente puede aprender a tranquilizarse por el simple hecho de encontrarse en un ambiente propicio que ha generado el terapeuta. Es decir, que el terapeuta provee un ambiente de seguridad, validación, soporte y empatía dentro de terapia (Goldman, et.al, 2005). El simple hecho de que el paciente se sienta validado y seguro le ayudará a auto calmarse. Además de proporcionar un ambiente seguro, la regulación emocional también se puede alcanza cuando la persona logra identificar y dar un nombre a su emoción. Esto hace que la persona reflexione y entienda su emoción y se le será más fácil generar un significado (Greenberg, 2004). Si la persona sabe cual emoción siente y la simboliza, es más fácil continuar con la narrativa de su vida y tendrá una imagen más clara de sí mismo y su mundo (Greenberg & Watson, 2008). Pennebaker (1995) dijo que, gracias al lenguaje, las personas tienen la habilidad de organizar, estructurar y asimilar sus experiencias emocionales y también el evento que está adjunto a la emoción. Si la persona comprende y evalúa su propia experiencia emocional, esto ayudará a la persona a que sienta compasión por sí mismo (Greenberg & Watson, 2008). Además, el terapeuta le puede ayudar a su cliente a que incremente la conciencia de emociones positivas, que a la vez le ayudará a regula las emociones intensas negativas (Goldman, et.al., 2005).

Expresar la emoción.

Una vez que la persona accedió a la emoción y la sintió en su cuerpo, el cliente puede expresar la emoción. Este proceso se da por medio de la simbolización, que es el proceso en que la

persona utilizan el lenguaje para expresar su emoción (Goldman, et.al, 2005; Greenberg, 2011). También es importante que el terapeuta ayude al cliente a que encuentre un “sentido a lo que sus emociones le están diciendo para que de este modo pueda identificar cuáles son sus metas, necesidades y preocupaciones” (Goldman, et.al, 2005, p. 25). Al expresar las emociones ya se logra un cambio en el sí mismo porque la persona entiende informa y moviliza a la persona (Goldman, et.al, 2005).

Cuando se accede y se simboliza la emoción hay bastante carga emocional y a la vez se necesita de mucha introspección por parte de la persona. Es por esto, que el cliente debe estar dispuesto a estar en contacto con las emociones y tolerarlas para poder embarcarse en una experiencia emocional profunda (Goldman, et.al, 2005). Warner (2003) encontró que las personas que experimentan y no solo expresan, tienen mejores resultados en su terapia (Warner en: Goldman, et.al., 2005).

Evocar y explorar.

Esta etapa a la vez está dividida en cuatro procesos: 1) establecer soporte para sentir la emoción 2) evocar y excitar a la emoción 3) Ayudar al cliente a alcanzar emociones primarias.

Establecer soporte para sentir la emoción.

Es el trabajo del terapeuta saber cuándo puede trabajar con emociones dolorosas del cliente. Debe saber si su cliente está preparado y existe el soporte necesario para explorarlas (Greenberg & Watson, 2008). En este proceso el terapeuta puede recordar a su cliente las técnicas de auto relajación o auto control aprendidas anteriormente. Para que el cliente no sienta ansiedad es muy importante que aprenda a dar un nombre a la emoción o experiencia emocional y que el terapeuta sea empático y le dé mucho soporte (Greenberg & Watson, 2008).

Evocar y excitar a la emoción.

Para cambiar la experiencia emocional del cliente, éste debe traer a sesión eventos, experiencias emocionales o recuerdos de su vida que sean dolorosos o traumáticos. Para hacer que la experiencia, recuerdos o eventos sean más real y tengan un proceso emocional profundo, el terapeuta puede utilizar algunas técnicas como el diálogo de las dos sillas o de asuntos pendientes (Greenberg & Watson, 2008) (Estas intervenciones serán explicadas más adelante en profundidad, ver pág. 41). Por ejemplo, el terapeuta puede utilizar el diálogo de las dos sillas vacías para confrontar a las dos partes de una misma persona. La persona puede tener una parte crítica y por el otro lado, una parte sin esperanza y no expresada. La persona al estar en un diálogo consigo mismo, el lado crítico puede evocar emociones de desesperanza en la sesión permitiéndole llegar a información importante de su experiencia personal (Greenberg & Watson, 2008).

Las emociones o esquemas emocionales que son evocadas al principio de los ejercicios son, por lo general, emociones secundarias que están bloqueando emociones primarias (Greenberg & Watson, 2008). Estas emociones deben ser exploradas para poder llegar a las emociones primarias y las necesidades que no están siendo satisfechas.

Durante este proceso de evocación de emociones o esquemas emocionales secundarios o mal adaptativos, es importante que el cliente explore, simbolice y reflexione sobre sus emociones. La reflexión de la emociones o tener una metacognición sobre las emociones es lograr que la persona no solo sienta la emoción sino que simbolice creando una experiencia que la representa. “Los cambios ocurren efectivamente cuando los esquemas emocionales o emociones que generan la experiencias emocional son evocados y reflexionados” (Greenberg & Watson, 2008, p. 109). Luego, el cliente debe simbolizar la emoción, con el objetivo principal de lograr que el cliente encuentre un sentido a su experiencia. Al reflexionar y simbolizar las emociones secundarias o mal

adaptativas se llega a una experiencia central que justamente está generando estas emociones (Greenberg, 2011).

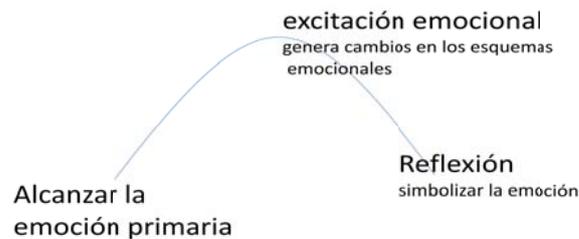
Ayudar al cliente a alcanzar emociones primarias.

El cliente al simbolizar las emociones secundarias o esquemas mal adaptativos llega a una experiencia central, la cual es la que está causando o causó justamente las emociones mal adaptativas o secundarias (Greenberg & Watson, 2008). Aquí se puede también se puede utilizar los ejercicios del diálogo de la silla vacía o el diálogo de las dos sillas para profundizar el proceso emocional (Greenberg & Watson, 2008). Durante la indagación de la experiencia central del cliente se puede obtener uno de dos procesos, 1) o el cliente siente una emoción adaptativa 2) o se activan esquemas emocionales mal adaptativos (Greenberg & Watson, 2008).

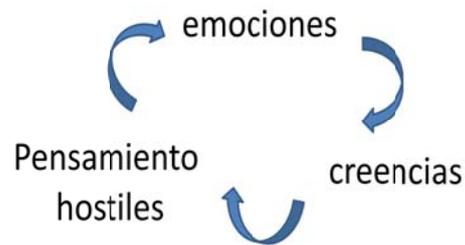
1) Cuando una experiencia central llega en forma de emoción adaptativa, la meta es que la persona pueda experimentar las emociones primarias que no fueron reconocidas o simbolizadas en el pasado (Greenberg, 2004). También es importante que la persona alcance a reconocer su necesidad, meta o preocupación para activar la acción que están asociada con ésta. La emoción primaria más la necesidad y más su acción asociada le lleva a la persona a una acción adaptativa (Greenberg & Watson, 2008). Gracias a este proceso de acción adaptativa, el cambio ocurre en los cliente ya que se genera la motivación y formas de responder diferentes que son más adaptativas (Greenberg & Watson, 2008). Asimismo, el cliente debe confiar en la voz interior adaptativa y aniquilar la voz interna que se generó por la experiencia del pasado (Greenberg & Watson, 2008).

Al sentir la emoción adaptativa ésta sigue un curso natural de excitación y luego una baja en la intensidad. Por un lado, la excitación emocional genera cambios en los esquemas emocionales (Greenberg & Watson, 2008). Mientras que por el otro lado, la reflexión se da gracias a un decaimiento de la intensidad de la emoción y la persona puede simbolizar la emoción por medio del

lenguaje (Greenberg & Watson, 2008). Estos tres pasos, excitación, reflexión y simbolización, ayudan a la persona a crear alternativas de la experiencia mal adaptativa. Por lo general, al evocar, reflexionar y simbolizar una emoción primaria, comienza un proceso cascada, es decir que nuevas emociones primarias emergen y entran dentro del mismo proceso (Greenberg & Watson, 2008).



2) La experiencia central también puede llegar en procesos de esquemas emocionales mal adaptativos (Greenberg & Watson, 2008). Aquí tanto el cliente como el terapeuta se deben dar cuenta que la emoción asociada no es adaptativa ya que durante la indagación de la emoción ésta no está asociada con un plan de acción adaptativo (Greenberg & Watson, 2008). Por lo general, los esquemas emocionales mal adaptativos vienen acompañados de sentimientos como de inseguridad, vergüenza, auto crítica y sentirse sin valor (Greenberg, 2004). Aquí el cliente debe experimentar esta emoción mal adaptativa para que luego simbolizar. Al momento que la persona simboliza la emoción, se da cuenta de cómo esta emoción trabaja en las creencias propias. Es decir, que tipo de creencia tiene la persona de su si mismo o del mundo que le rodea en base a la emoción mal adaptativa o secundaria (Greenberg & Watson, 2008). Greenberg & Watson (2008) consideran que “las creencias son representaciones basados en el lenguaje de emociones centrales o esquemas emocionales que deben ser cambiados” (traducido por autor, p.116). Las creencias disfuncionales generan un círculo vicioso ya que van acompañadas de pensamientos hostiles, que a la vez refuerza la emoción secundarias o mal adaptativas que se encuentra por debajo de las creencias (Greenberg & Watson, 2008).



Las creencias disfuncionales son círculos viciosos mal adaptativos, pero son claves para el cambio terapéutico porque dentro de ellas está la necesidad que no está siendo satisfecha (Greenberg & Watson, 2008). Por ejemplo, el cliente puede decir “me van a rechazar si busco amor”, dentro de esta creencia se encuentra una necesidad de cercanía. Otras creencias disfuncionales pueden tener la necesidad de estar en control o de ser admirado por otros.

Al identificar la emoción mal adaptativa ayuda a que el cliente pueda articular las creencias disfuncionales y la necesidad no satisfecha. En ese momento, las creencias disfuncionales no deben ser confrontadas o hacer preguntas racionales que confirmen o no su validez, más bien el trabajo del terapeuta es lograr que el cliente acceda a emociones alternativas adaptativas o esquemas emocionales alternativos por medio del reconocimiento de la necesidad que no está siendo satisfecha (Greenberg & Watson, 2008). Al acceder a dichas emociones alternativas, primarias adaptativas o positivas, son ellas las que se encargan de confrontar las creencias disfuncionales creando una nueva voz interna que satisface la necesidad (Greenberg & Watson, 2008). El terapeuta debe empoderar esta nueva voz interna para generar creencias más funcionales (Greenberg & Watson, 2008).

Existe mucha investigación que confirma que el uso de emociones para cambiar emociones problemáticas. Por ejemplo, Fredrickson (2001) encontró en su investigación que las personas que sufren de borderline tienen pensamientos y acciones que puede estar influenciados por una emoción negativa. Al momento de sentir una emoción positiva ésta puede debilitar la emoción negativa y

ayudarle a adaptarse a la circunstancia de una mejor manera. También encontró que las emociones positivas son una resiliencia psicológica y fisiológica para las personas. En una investigación realizada por Fredrickson & Tugade (2000) se encontró que pacientes que usan emociones positivas para regular emociones negativas tuvieron una mejor recuperación cardiovascular (en, Greenberg & Watson, 2008). Las personas con depresión tienden a tener emociones mal adaptativas como el desprecio a uno mismo, mientras que las personas menos vulnerables a sufrir una depresión tienen más facilidad en sentir emociones positivas para combatir una experiencia o cognición negativa (Greenberg & Watson, 2008). Las personas que logran sentir emociones positivas pueden auto calmarse y verse a si mismos de una manera más positiva (Greenberg & Watson, 2008). Insen (1999) considera que las emociones positivas pueden ayudar a que la persona sea más flexible, social y que pueda resolver sus problemas de mejor manera (en, Greenberg & Watson, 2008). Todo esto indica que las emociones pueden transformar emociones mal adaptativas y ayudar a la persona a adaptarse de una mejor manera.

Transformación de las emociones.

Tercero es transformación de las emociones, el cual tiene dos procesos: 1) generar nuevas respuestas emocionales para transformar esquemas emocionales mal adaptativos, 2) reflexionar sobre la experiencia.

Generar nuevas respuestas emocionales para transformar esquemas emocionales mal adaptativos.

El cliente siente y reflexiona sobre las emociones florecidas durante el proceso terapéutico y entra dentro de un proceso emocional profundo donde reconoce y sienta las emociones en vez de evitarlas (Greenberg, 2011). Esto genera un deseo y motivación interna para que la persona satisfaga su necesidad (Greenberg & Watson, 2008). Asimismo, al encontrarse en un ambiente

empático y de soporte, es más fácil para el cliente sentir compasión y empatía por si mismo. Esto le ayuda a que el cliente se sienta valorado y considera a la vez que su necesidad merece ser respetada (Greenberg & Watson, 2008). El tener empatía con uno mismo también ayuda a que el cliente de un paso atrás y verse a si mismo y poder simbolizar y reflexionar sobre su dolor de una manera menos crítica o destructivas (Greenberg & Watson, 2008). Asimismo, el cliente puede construir una alternativa en base a su emoción primaria y su necesidad sentida en sesión. Encontrar la necesidad será más fácil porque el cliente está en contacto con su emoción y puede diferenciar, clarificar y entender su experiencia personal (Greenberg & Watson, 2008).

Sintiendo la emoción primaria y su necesidad hace que se construya una nueva síntesis de esquemas emocionales más adaptativos generando un si mismo nuevo. La nueva síntesis de esquemas emocionales produce una nueva voz que ayudará al cliente a vencer emociones mal adaptativas (Greenberg & Watson, 2008). El terapeuta debe fortalecer este nuevo si mismo y aceptarlo para que sea más fuerte (Greenberg & Watson, 2008).

En si lo que se logró es un proceso de transformación y de integración de dos esquemas emocionales. Las emociones para ser cambiadas deben ser transformadas con emociones mismas. Como Guidano dijo “mientras que pensar cambia el pensamiento, solo un sentimiento puede cambiar una emoción” (traducido por, autora, citado en Greenberg & Watson, 2008). En terapia el terapeuta y su cliente trabajan para transformar las emociones mal adaptativas en emociones adaptativas (Goldman et.al, 2005).

Reflexionar sobre la experiencia.

Greenberg y Watson (2008) consideran que “el nuevo significado es creado al reflexionar sobre la experiencia y desarrollar nuevas narrativas que encaja con la identidad del cliente” (traducido por autora, p. 119). El cliente verbaliza una nueva narrativa personal en base a nuevos

significados propios, conecta el pasado con el presente y el futuro y tiene un sentido de valía propio. También le da la fuerza para promover la acción en base a la nueva perspectiva personal (Greenberg & Watson, 2008). Esta experiencia nueva le da a la persona una experiencia emocional correcta y elimina las creencias patológicas (Greenberg, 2011). La experiencia del cliente es ahora reorganizada de tal manera que él puede simbolizar y organizar la experiencia emocional de forma más adaptativa y construye un si mismo más resiliente (Greenberg, 2011). Para entender de mejor manera cómo la narración personal ayuda en el proceso de transformación de emociones se va a explicar brevemente la terapia narrativa.

La terapia narrativa considera que la gente interpreta su experiencia y construye su propia realidad por medio del lenguaje creando historias personales productivas o perjudiciales (Angus, Goncalves, Greenberg, Mendes, Riberiro & Sousa, 2010). Por medio de la capacidad del ser humano de narrar la emoción, éste logra organizar, estructurar y asimilar su experiencia dándole un nuevo significado (Greenberg, 2011). Las historias personales están basadas en la narración propia, de otros y del mundo que les rodea (Angus et.al, 2010). En terapia, la meta es que el cliente narre su vida de una manera diferente para que se den los cambios necesarios. Es importante que el terapeuta crea oportunidades que facilitan al cliente narrar su vida de una manera diferente para que así se construya un nuevo significado.

Indicadores emocionales

Los psicólogos que trabajan con la EFT deben identificar diferentes indicadores que notifican problemas emocionales que deben ser intervenidos (Greenberg, 2010). Existen 6 diferentes tipos de indicadores y cada uno tiene una diferente intervención (Greenberg, 2010). Primero, reacciones problemáticas que se dan por una confusión interna de la persona ante un estímulo en particular. Aquí el terapeuta debe regresar a la experiencia para entender el significado

implícito de dicha reacción (Greenberg, 2010). Segundo, la sensación sentida en el cuerpo confusa, cuando el cliente no puede aclarar o expresar su experiencia. Aquí el terapeuta debe hacer focusing para que las personas puedan poner en palabras la sensación sentida del cuerpo (Cain, 2008).

Tercero, división del sí mismo (self-split), en la cual una emoción no puede ser expresada por que la otra parte del sí mismo no le permite (Greenberg, 2011). El terapeuta debe usar el diálogo de la silla vacía para que la persona entre en consciencia con su emoción restringida y reconocer la crítica de su otro lado (Greenberg, 2011). Cuarto, vulnerabilidad que es cuando el cliente se siente frágil, con vergüenza e inseguro de sus sentimientos. El trabajo del terapeuta es claramente, validar y ser empático. Cuando el terapeuta es empático puede entrar en el mundo de su paciente y le entiende más allá de lo que sus palabras expresan. Y validar se refiere a validar y normalizar la experiencia de vulnerabilidad y emociones que presenta. La meta es lograr que el sí mismo se llene de fuerzas (Greenberg, 2010). Los siguientes dos indicadores, división de conflictos y resolución de asuntos no terminados, serán explicados más adelante con más detalle.

La división de conflicto es cuando una persona se encuentra dividida, por un lado está un sí mismo crítico y por el otro lado está emociones que no pueden ser expresadas porque la parte crítica no le permite (Greenberg, 2011). Esta problemática puede ser resuelta por medio del ejercicio de las dos sillas vacías (Greenberg, 2011). Para comenzar, el terapeuta debe explicar a su cliente de qué se trata la silla vacía. El cliente a la vez debe aceptar hacer el ejercicio. Luego, el terapeuta y el cliente reconocen cuáles son las dos partes del sí mismo y le pide al cliente que escoja donde quiere sentarse o donde se siente más cómodo. El cliente al hablar desde la silla de la crítica debe usar la palabra “tú” hacia la otra silla, mientras que la parte no escuchada, el cliente debe hablar desde el “yo” (Greenberg, 2011). Es importante saber que la voz crítica debe hablar de cómo se siente y no criticar. La meta de este ejercicio es que la persona pase por un proceso de resolución (Greenberg,

2011). Primero, se activa la parte crítica para traer a la consciencia emociones secundarias y poder alcanzar a una crítica específica (Greenberg, 2011). Luego, el cliente debe tomar el puesto de la otra parte de su si mismo, la parte no expresada, y debe expresar sus emociones y deseos restringidos. Aquí el cliente entra en un proceso de diferenciación de sentimientos y emociones mal adaptativas (Greenberg, 2011). Mientras el cliente explora las emociones, el terapeuta debe guiar a su cliente hacia las emociones primarias. Ya que al sentir y expresar emociones primarias el cliente puede reconocer en los dos lados de su si mismo las necesidades y deseos (Greenberg, 2011). Hay que validar dichas necesidades, ya que si existe una parte crítica, es porque algún valor de la persona está siendo violado (Greenberg, 2011). Después la voz crítica se suaviza porque siente que su necesidad fue expresada y validada. Por el otro lado, la otra parte del si mismo es empoderada. Para que exista una unificación de las dos partes, éstas deben entrar en una negociación de sus necesidades. Al final existe una integración y aceptación del sí mismo (Greenberg, 2011; Greenberg, 2010).

Por último, la resolución de asuntos no terminados es cuando el cliente presenta emociones o sentimientos no resueltos hacia una persona significativa (Greenberg, 2011). En estos casos el terapeuta debe invitar a su cliente a hacer un ejercicio de silla vacía, en la cual se sentará la persona significativa. El cliente suele expresar dolor, quejas y suele preguntarse, por ejemplo: ¿Por qué fuiste así? El por qué es una forma de expresar la queja. La queja es una mezcla de iras y de tristeza (Greenberg, 2011). El terapeuta debe enfocarse en la ira y la tristeza y obtener aspectos negativos específicos (Greenberg, 2011). El cliente comienza a expresar sentimientos como echar la culpa, reclamo y dolor, que son sentimientos más puros. A partir de ahí, el cliente logra una diferenciación de emociones que puede ser ira o tristeza evocando las memorias del pasado (Greenberg, 2011). Durante este proceso la persona saca a flote las creencias disfuncionales y logra expresar emociones

más específicas (Greenberg, 2011). Si el cliente no logra entrar a la emoción primaria va ser muy difícil que la persona cambie su forma de ver a la persona significativa que es esencial para el proceso psicológico (Greenberg, 2010; Greenberg, 2011). En el caso que la persona no entre a la emoción primaria se puede poner a la persona en la otra silla logrando que el cliente evoque las emociones primarias (Greenberg, 2011). Una vez que el cliente entra a la emoción primaria puede expresar su necesidad. Durante este proceso lo que se logra es un cambio de la creencia negativa y viene acompañado de la empatía hacia la otra persona y el perdón (Greenberg, 2010). Al final, el cliente llega a una resolución en la cual se da una nueva auto afirmación, le entrega de responsabilidad a la persona significativa, así como nuevas formas de verle y el perdón a la persona significativa (Greenberg, 2011).

El diálogo de las dos sillas también puede ser utilizado para que el cliente exprese emociones a una persona actual de su vida (Greenberg & Watson, 2008). Asimismo, este ejercicio ayuda a la persona a mejorar las relaciones interpersonales ya que en terapia resuelve asuntos con otras personas. El terapeuta atiende a experiencias del cliente de resignación y hace que exprese a la otra silla las emociones sin valor y sin esperanza (Greenberg & Watson, 2008). Una vez que el cliente llega a la emoción secundaria se puede llegar a información que genera la experiencia mal adaptativa de la persona. Mientras se va experimentando y simbolizando las emociones secundarias el cliente puede llegar a su emoción primaria (Greenberg & Watson, 2008). Esto ayudará al cliente a alcanzar su necesidad o meta y genere acciones más adaptativas.

Introducción al caso

Hay que aprender a humanizar a la psicología, no es simplemente un paciente o una cliente, ella es una persona que buscaba su bienestar porque se ha encontrado perdida en su desarrollo personal. Ella no es simplemente una paciente de la cual se escribe una tesis, sino es una persona,

que al igual que todos nosotros, se ha encontrado perdida en su autorrealización y necesita de alguien que le acompañe en un proceso de auto conocimiento personal. Carolina es una madre, una esposa, una hija, una hermana y una mujer. Que estaba dispuesta a abrirse ante un desconocido y contarle sus secretos más profundos. Una persona que no tuvo miedo en explorar sus emociones y de alcanzar lo más profundo de su ser. Carolina ha sido una clienta fiel, que se abrió ante el proceso terapéutico en búsqueda de respuestas, que ella mismo las encontró al entrar en su mundo emocional en compañía de su terapeuta.

Carolina es una joven que lo único que buscaba era respuestas a su vida actual. Para la autora, era como una niña que estaba aprendiendo a vivir dentro de una realidad que odiaba y le destrozaba internamente. Como era de baja estatura, al sentarse en el sillón de la consulta sus piernas quedaban al flote, sin tocar el piso. Al verla producía en el terapeuta cierta ternura y muchas veces sentía un deseo de abrazarla y decirle que todo va a estar bien. Sentarse frente a ella, era como si estuvieras sentada frente a una niña pequeña que tenía la necesidad de buscar respuestas en un mundo de adultos. Sus ojos expresaban mucha tristeza y al momento que el autor trataba de sentir esa tristeza, parecía que le llevaba a un mundo oscuro. Ellos mismos chillaban ayuda y expresaban una desesperación muy grande. Muchas veces fueron sus ojos fuente de lágrimas interminables de ira, amor y valentía.

Lo que más inspiró de ella al autor era el deseo de trabajar con diferentes aspectos de su vida sin temor a sus emociones. Durante el proceso terapéutico la niña que el autor creí que era se convirtió en una mujer. Una mujer llena de sabiduría reconociendo sus emociones y su experiencia. Con sabiduría y amor hacia su hija fue una clienta que entró a cada ejercicio terapéutico con honestidad y devoción. Es una mujer sin miedo de enfrentar su vida y tomarla con orgullo y salir

adelante. El autor no le enseñó, sólo la acompañó, porque dentro de ella había todas las respuestas que necesitaba.

La cliente, que a lo largo del texto se la va a conocer como Carolina, llegó a consulta por problemas en el matrimonio y por presentar sentimientos y emociones que le abrumaban. Ella consideraba que parte de los problemas que tenía en su matrimonio y vida personal se daban por la forma en que ella era. Pensaba que todo lo que ella hacía y decía dentro de su matrimonio tenía un efecto negativo en su relación. Mucha de la culpa del fracaso de su matrimonio se acredita a ella misma. El esposo era infiel y Carolina consideraba que eso era su culpa de ella porque no hizo lo que una mujer debía hacer. Su narración era confusa y limitada al momento de explicar su culpa. También presenta características emocionales, cognitivas y conductuales que llevaron a diagnosticar una depresión mayor, episodio único.

Presentación de la demanda inicial

Carolina tuvo dos demandas específicas al inicio de la terapia. Primero, quería cambiar su forma de ser para que su esposo la quiera de nuevo y para que su matrimonio funcione. Segundo, Carolina ya no quiere sentirse triste y desanimada en cada momento de su vida.

Historia

Familia.

Carolina vivía en casa de sus suegros en compañía de su hija de un año y medio de edad. La relación con sus suegros era buena y Carolina se sentía muy apoyada por ellos. También vivía con los dos hermanos de su esposo con los cuales mantenía una buena relación.

Carolina vivía cerca de sus padres y continuamente los visitaba. Sus padres no sabían acerca de los problemas matrimoniales por los cuales estaba atravesando. Carolina es la hija menor de una familia que consta de dos mujeres y un varón. Carolina expresa tener una buena relación con sus

hermanos. Carolina describe a su padre como una persona fría y poco emocional y su relación es distante y fría. Los padres de Carolina tuvieron problemas de agresión física y psicológica pero han cesado hace aproximadamente 5 años después de que la madre haga la denuncia respectiva.

Durante el proceso de terapia, alrededor de la séptima sesión, Carolina optó por ir a vivir con su hija en la casa sus padres y separarse de su marido. En la casa de sus padres también vivía una hermana y un hermano con los cuales mantienen una buena relación. Carolina expresa que sus hermanos nunca fueron un apoyo emocional durante la separación con su marido. La familia estuvo de acuerdo con la separación de Carolina y no mantuvieron ninguna relación con el ex esposo.

Carolina dice que mantuvo una buena relación con su familia política después de la separación. Los padres de su ex esposo le apoyaron mucho emocionalmente como económicamente. Carolina siente que realmente puede contar con el apoyo de sus suegros.

Educación.

Al inicio de la terapia Carolina tenía un diploma de bachillerato. En la actualidad, Carolina estudia en la universidad Central eco turismo.

Social.

Carolina no es una persona muy social. Por lo general, le gusta estar en casa con sus hermanos y no tiene muchos amigos. No sale mucho a eventos sociales ni fiestas. Prefiere estar en la compañía de su hija.

Salud mental y física.

Carolina no tiene ninguna enfermedad física crónica.

Se le diagnosticó:

Eje I: episodios afectivos, depresión mayor (F32.2)

Eje II: V71.09

Eje III: 799.9

Eje IV: problemas con grupo primario

Eje V: 55

Los criterios que Carolina cumplió al inicio de terapia se muestran a continuación:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas,

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día

(3) insomnio o hipersomnia casi cada día

(4) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día

(5) fatiga o pérdida de energía casi cada día

(6) sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada casi cada día

(7) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Evaluación

Se aplicó dos pruebas, la versión Norteamericana del inventario de depresión de Beck y el inventario de síntomas de Derogatis. El segundo inventario fue administrado a la tercera cita y el Inventario de Beck a la cuarta cita. El inventario de depresión de Beck es un cuestionario que consta de 21 ítems con el propósito de diagnosticar un episodio de depresión (Hamilton, 1960). Cada ítem del inventario mide la gravedad de diferentes aspectos tales como tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso, insatisfacción, culpabilidad, sentimientos de castigo, auto decepción, auto culpa, ideas de suicidio, llanto, irritación, desinterés social, indecisión suicida, pobre imagen corporal, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, hipocondría y desinterés sexual (Asociación española, n.f.). Cada ítem tiene cuatro alternativas de respuesta que evalúan tanto la gravedad e intensidad del síntoma (Hamilton, 1960). Se le debe informar al paciente que debe tomar en consideración las últimas dos semanas para responder el inventario (Asociación española, n.f.). Los 21 ítems están divididos en dos áreas importantes. La primera que consta de 6 ítems que mide los síntomas de tipo somático/vegetativo, y el segundo que consta de 15 ítems que hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos (Asociación española, n.f.). La puntuación se consigue al sumar cada alternativa, valores del 0 al 3, de todos los ítems de la prueba. El puntaje final se divide en 4 categorías: 1) no depresión de 0 a 9 puntos; 2) depresión leve de 10 a 15 puntos; 3) depresión moderada de 16 a 23 puntos y 4) 24 a 63 puntos depresión severa (Asociación española, n.f.). El inventario muestra una consistencia interna (alfa de Crombach 0.76-0.95), con una fiabilidad de alrededor de $r = 0.8$ (Asociación española, n.f.). Es importante recalcar que el inventario de Beck es uno de los instrumentos más utilizados para cuantificar síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas (Hamilton, 1960).

El inventario de síntomas de Derogatis (SCL – 90) consta de 90 ítems que miden diferentes aspectos psicopatológicos. El sujeto debe responder cada ítem dependiendo como éste le ha molestado en la última semana (Casullo & Pérez, 2008). El evaluado tiene 5 opciones, nada, muy poco, poco, bastante y mucho, que van de valor desde 0 a 4 puntos. Asimismo, el test se divide en tres niveles jerárquicos para medir la psicopatología del cliente. 1) Nivel global que consta:

“de un indicador de Gravedad Global, éste indica el nivel de gravedad de los síntomas, mientras que el índice de Malestar Positivo [TSP] es una medida de la intensidad de los síntomas percibidos por el respondiente (...) y el total de Síntomas Positivos [IMPS], es simplemente el número total de síntomas que presenta la persona, independientemente de su gravedad” (Casullo & Pérez, 2008, p. 2).

2) Nivel jerárquico es el análisis dimensional el cual está compuesto por nueve dimensiones que son: somatización, obsesiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo (Casullo & Pérez, 2008). Cada uno de los niveles dimensionales está explicado en el anexo 1.

3) Nivel jerárquico sintomático que permite al evaluador analizar respuestas que le parecen importantes. La fiabilidad de las 9 dimensiones dichas anteriormente llegan a valores de $r = 0.70$. La fiabilidad se ha comprobado con varios estudios de test-retest (Casullo & Pérez, 2008).

Carlina obtuvo en el SCL 90 siete dimensiones con puntajes que están por encima del T normalizados, y se consideran puntajes elevados (ver anexo 2). Las dimensiones con puntajes mayores a la media son: obsesiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, fobias, ideación paranoide y psicoticismo. El valor bruto de TSP es de 74, lo que indica que Carolina no exageró sus respuestas y se consideran puntajes válidos. De igual forma, el IMSP es de 2.45, lo que

indica que Carolina no tuvo una tendencia a mostrar deliberadamente un problema psicológico o no tuvo una tendencia a mostrarse sin ningún problema psicológico.

Carolina obtuvo un puntaje de 32 puntos en el inventario de depresión de Beck. Este puntaje entra en la categoría de depresión severa.

Medicamentos.

En el pasado la clienta no fue recetada con ningún tipo de fármacos para trastornos psicológicos. Al momento de consulta, no se le recetó ningún fármaco ya que en la evaluación del inventario de síntomas de Derogatis no presentó pensamientos sobre la muerte o ideación suicida. A pesar de que a la clienta se le diagnosticó una depresión severa, el terapeuta consideró oportuno esperar si la clienta mejoraría solo con psicoterapia. A la tercera sesión, la clienta presentó una disminución significativa en la sintomatología, lo que justificó la ausencia de fármacos para combatir la depresión.

Conceptualización del caso

Greenberg y Watson (2008) consideran que la conceptualización de caso es un proceso continuo que se basa en cada sesión. El terapeuta debe atender a indicadores emocionales que se dan durante el proceso terapéutico y escoger un ejercicio que mejor le resulte para trabajar en terapia. El EFT utiliza una guía de cinco pasos que generan una base en lo que se debe trabajar en las diferentes sesiones.

1) Identificar el problema presentado y recolectar información.

En el inicio del proceso terapéutico, es importante prestar atención en la forma en que el cliente narra el problema. El terapeuta debe llegar a entender el problema en base a la narrativa del cliente y tratar de reconocer la fuente del dolor. Asimismo, el terapeuta trata de explorar experiencias pasadas como la relación con sus padres, hermanos, vida amorosa, de trabajo, entre

otras. De igual modo, el terapeuta debe entender la situación actual del cliente, las relaciones, la identidad, los vínculos y cómo el cliente los percibe (Greenberg & Watson, 2008).

Carolina es una mujer de 22 años que vino a consulta porque quería cambiar su personalidad y dejar de sentirse triste y desmotivada todo el tiempo. En el último mes, Carolina expresaba encontrarse con anhedonia durante todo el día y perdió el interés en realizar actividades diarias. A la vez, tenía problemas para dormir a pesar de que se sentía cansada todo el día. Ella llegó a consulta desesperada porque pasaba la mayor parte del día culpándose de no poder mejorar su situación. Los sentimientos de crítica por parte de la clienta fue un claro indicador de una experiencia central que es activada por esquemas emocionales negativos y que a la vez hacen que el si mismo se sienta débil, sin esperanza, sin valor y fracasada.

Carolina presentaba un ánimo depresivo ya que hablaba de sentirse vacía y sin esperanza. También expresaba sentirse desanimada y ver todas las cosas alrededor de ella como algo negativo. Para ella, era muy difícil poder disfrutar de las cosas que antes le generaban placer. Asimismo, se sentía irritada y pensaba que nadie la entendía. Dados estos sentimientos, Carolina prefirió alejarse de la familia y retirarse de toda actividad social. Carolina comentó que su comportamiento y estado de ánimo llegó a ser un problema dentro de casa y más que nada tuvo un efecto negativo en su hija. Esta descripción del estado de ánimo por parte de Carolina fue un indicador clave de emociones secundarias de desesperanza, desaliento, resignación y desesperación. La meta es poder explorar estas emociones para activar las emociones primarias que se encuentran por debajo.

Estos siguientes tres pasos suceden simultáneamente

2) Identificar el dolor.

Durante el proceso terapéutico, el terapeuta debe escuchar la narrativa del cliente sobre su problema actual. Las situaciones actuales pueden dejar al cliente sin poder y poniendo en riesgo su sentido de competencia (Greenberg & Watson, 2008).

Carolina expresó que su estado emocional actual se había generado desde que su esposo mantenía una relación extra matrimonial. Esto hizo que Carolina tenga sentimientos de auto crítica porque no hacía nada al respecto y permitía que su esposo siga con la otra mujer. A pesar de que Carolina y su esposo vivían juntos, ella no logró que su esposo termine la relación con su amante. Carolina sentía que no tenía ningún poder en su vida ni en su matrimonio.

3) Observar la manera de procesar emociones.

Durante el proceso terapéutico, es importante que el terapeuta evalúe cómo el cliente procesa sus emociones, observe donde tiene fortalezas y donde tiene sus debilidades. Por ejemplo, el terapeuta puede evaluar que tan consciente está el cliente de su experiencia emocional, si puede nombrar sus emociones o si se encuentra distante o abrumado por ellas. Al identificar cómo el cliente procesa las emociones, el terapeuta sabrá qué intervención es mejor para cada cliente (Greenberg & Watson, 2008).

Carolina reportó varias veces sentirse abrumada por sus emociones de desesperanza, tristeza y culpa. Hasta reportó que dichas emociones habían interferido en sus relaciones interpersonales logrando que se separe de sus seres queridos. Asimismo, Carolina expresó ser víctima de sus emociones que le están dejando sin ganas de seguir adelante y con ninguna motivación.

4) Identificar problemas interpersonales o intrapersonales.

La forma en cómo los clientes se tratan a sí mismos y a los demás es un reflejo de la historia personal previa. Es importante escuchar la historia de la relación con los padres y cómo se

relacionaban entre ellos, porque es un buen indicador de cómo los clientes se están tratando a sí mismos y a los demás (Greenberg & Watson, 2008).

Carolina expresó tener una relación muy fría con su padre. Él era un hombre distante emocionalmente y nunca demostró ningún tipo de afecto hacia sus hijos. Asimismo, la madre de Carolina sufrió violencia doméstica durante varios años hasta que la madre reportó algunas veces a la policía y la violencia física cesó. Carolina expresó que en la actualidad su padre usa la violencia verbal/psicológica en contra de su madre. La relación con la madre es también distante y sin confianza.

5) Trabajar con tareas específicas.

El terapeuta debe prestar atención a indicadores emocionales que necesitan tareas específicas para realizarlas dentro de sesión. Es prestar atención a comportamientos o narrativas que pueden estar influenciando en la depresión, y es importante trabajarlas en ese momento (Greenberg & Watson, 2008). Durante la sesión, el terapeuta notó que Carolina presentaba una división de conflictos (self-split). Carolina en su narrativa era muy auto crítica ya que continuamente se recordaba que ella no podía valerse por sí misma y que su esposo hacía con ella lo que él quería. La narración negativa que utilizaba contribuía a sentimientos de tristeza, menos valía y desesperación. Carolina se criticaba continuamente de que era una estúpida ya que se dejaba ser pisoteada por su esposo, pero que a la vez ella lo amaba mucho.

Tratamiento

Creación de la alianza terapéutica.

En total Carolina recibió 13 terapias individuales. De estas 13 sesiones, las primeras dos sesiones fueron dirigidas a crear una alianza terapéutica. A pesar de que el trabajo en la alianza terapéutica nunca se termina, las dos primeras sesiones se tuvo como meta que Carolina se sienta en

confianza dentro de un ambiente empático. Asimismo, que sienta que tiene alguien que le entiende y sobre todo que su terapeuta es una persona en la cual puede confiar y sentirse respaldada. Es importante recalcar que durante estas dos sesiones y las siguientes, el terapeuta utilizó las tres condiciones básicas de Roger que son esenciales para crear una buena alianza terapéutica (Cain, 2008). Carolina se sintió escuchada, comprendida y segura en terapia, esto dio un cimiento sólido para que en futuras sesiones ella pueda explorar de manera más profunda sus emociones. Estas dos sesiones también fueron importantes para traer información de la narrativa del problema y tratar de explorar experiencias pasadas.

De las 11 sesiones restantes, el terapeuta y su clienta trabajaron en diferentes emociones. Cada emoción pasó por un proceso de transformación que será explicado a continuación.

Ira en contra de ella.

Consciencia de la emoción.

Durante la sesión, el terapeuta notó una narrativa de auto crítica en la clienta. Esto fue un indicador para que el terapeuta trabaje en la división de conflictos (self-split) con Carolina. Una parte de ella, la crítica, despreciaba y rechazaba la otra parte de su si mismo. Por el otro lado, su otra parte del si mismo no era escuchado ni expresado. Al encontrarse dividida, era muy difícil para ella tener un sentido de su experiencia.

El terapeuta invitó a Carolina hacer el ejercicio de las dos sillas vacías. Conjuntamente reconocieron el si mismo crítico pero hubo dificultad de reconocer las emociones y experiencia de la otra parte del si mismo. Fue importante que el terapeuta ayude a Carolina a expresar su lado crítico utilizando emociones y sentimientos. El objetivo fue alcanzar la consciencia de la emoción de la parte crítica y las emociones de la otra parte que no era escuchada.

Terapeuta: “lo que te dices a ti misma es que eres una tonta porque sigue con él, todos saben que tu esposo está con otra mujer y tú sigues en tu matrimonio”

Clienta voz crítica: “me siento defraudada, tú le pones a él antes que cualquiera, antes que ti misma”

Terapeuta: “¿explícale lo que es estar defraudada?” –pregunta explorativa

Clienta: “es no valer... que seas una basura para él. A ti no te importa nada más que él... eres una estúpida, no quieres abrir los ojos”

Terapeuta: “hazle realmente sentir que ella es una basura, dile”

Clienta: “tú no te preocupas de ti, ¿cómo es posible que no te quieras ni un poco?... si tú no te haces respetar ¿quién lo hará?... todo lo haces por él y nada por ti”

Terapeuta: “es cómo si el mundo girara sólo alrededor del él” – evocación empática

Clienta: “sólo gira alrededor de él y te hace ver como un estúpida”

Expresar la emoción.

La meta del terapeuta fue incrementar la conciencia de ira que ella sentía hacia la otra parte. Por medio del diálogo, Carolina reconoció la ira y logró simbolizarla con palabras. Al expresarla en palabras, ella pudo dar más sentido a su emoción. Ella expresaba la ira que sentía de verle tan tonta. Al profundizar en estas iras que sentía se pudo lograr que a la vez exprese lo que ella necesita de su otra parte.

Clienta parte crítica: “todos te ven la cara, hasta tu propio esposo”

Terapeuta: “¿Qué necesitas de ella, dile?”

Clienta parte crítica: “¡necesito que tú te hagas respetar, que te dejes de hacer la boba y te hagas respetar!”

Aquí Carolina pudo llegar a una crítica específica, la parte crítica quería que Carolina se haga respetar. Fue importante llegar a esto porque se reconoció el valor que era violado y hacía que el si mismo se divida en una parte crítica y en una parte no escuchada.

Luego Carolina se pasó al otro lado de la silla, y recibió instrucciones de que ella tenía que hablar desde una perspectiva del “yo” y expresar sus emociones. Era importante sentar a Carolina al otro lado para que pueda concientizar las emociones no expresadas.

Terapeuta: “¿qué le quieres decir?”

Clienta parte no escuchada: “es verdad, todos me ven la cara de estúpida, no valgo para nada”

Terapeuta: “¿cómo te hace sentir eso?... ¿vi que te encogiste en tu silla, te sientes triste?” – conjetura empática

Clienta parte no escuchada: “siento que no tengo fuerza para seguir combatiendo esto”

Terapeuta: “¿Qué necesitas de ella?”

Clienta parte no escuchada: “necesito que me entienda más, que me comprendas que le amo a mi esposo, todavía hay esperanza”

Terapeuta: “es cómo una luz que vez al final del túnel” –evocación empática

Clienta parte no escuchada: “por favor entiende, yo le amo todavía, no veo mi vida sin él, yo te necesito, necesito que estés a lado mío”.

Del igual manera, la parte del si mismo que no era escuchada pudo expresar su emoción de amor hacia su esposo y esperanza. Su necesidad era que su otra parte le ayude a luchar por su matrimonio.

Evocar y excitar a la emoción.

El terapeuta consideró importante traer la experiencia emocional del momento que el hermano de su esposo le contó sobre la relación extramatrimonial. La meta fue que exista un proceso emocional más profundo.

Clienta parte crítico: “todos sabían, los padres, los hermanos, todos y tu quedaste como una boba frente a todos... ¿a quién le amas más, a él o a ti?... prefieres que te pisoteen por una esperanza que capaz no haya”

Clienta parte no escuchada: “si me dolió que todos sepan pero igual le amo y quiero sentir alguna esperanza... ayúdame, contigo voy a poder traerlo de nuevo”

Ayudar alcanzar emociones primarias.

Durante este proceso, era importante que las dos voces accedan a sus emociones primarias para que puedan llegar a su necesidad.

Terapeuta: “dile que deseas de ella”

Clienta parte no escuchada: “quiero que me des soporte, no luche en contra mío sino conmigo para poder tenerlo de vuelta”

Luego el terapeuta sentó a Carolina en el lado crítico.

Terapeuta: “ella te pide que se unan, que le des una mano a esta lucha constante”

Clienta lado crítico: “yo le ayudo, pero con la condición de que se haga respetar”

Clienta parte no escuchada: “gracias por tu apoyo, te agradezco por darme esas fuerzas. Voy amarlo pero primero voy a pensar en mí primero... me voy hacer respetar más y valorarme más... lo voy amar pero hasta cierto punto, primero me voy a amarme a mí mismo”.

Trasformación de las emociones.

Carolina regresó al puesto de la voz crítica y comenzó a entender mejor su otro parte, existió una compasión hacia la otra parte porque entendió mejor lo que estaba pasando con ella. Reflexionó

lo que su otra parte le estaba diciendo y reconoció que ella simplemente le ama a su esposo y que ella quiere estar con él. La parte crítica entendió que la otra parte todavía ve una esperanza en el matrimonio.

Clienta parte crítica: “entiendo que le amas todavía, y te voy a apoyar pero necesito que te hagas respetar... dile que él ya no puede seguir con ella y contigo”

Clienta parte no escuchada: “le voy a decir, pero necesito tus fuerzas”

La voz crítica dejó de ser fuerte y de tener tantas iras en contra de ella porque su necesidad fue validada.

Reflexionar sobre la experiencia.

La voz crítica tenía muchas iras en contra de la otra parte. Por el otro lado, la otra parte del si mismo necesitaba el apoyo y fuerzas de la parte crítica. Al evocar estas dos partes del si mismo y expresar sus necesidades pudieron las dos partes entrar en una negociación. En vez de estar en conflicto, la parte crítica se suavizó y pudo negociar con su otra parte. Al final hubo una integración y aceptación del si mismo. Al darse esta integración Carolina pudo apreciar una nueva experiencia interpersonal y buscó un nuevo significado personal. Carolina quiso seguir con su esposo y amarlo pero debía tener más respeto por a ella misma.

Tristeza que invade.

Carolina empezó dos sesiones contando a su terapeuta que se sentía abrumada por sus emociones. Que sentía algo grande en el corazón y que muchas veces no sabía qué era lo que estaba sintiendo. Expresaba no saber que sentía o por qué se sentía de esa manera. El terapeuta se dio cuenta de que Carolina tenía una confusión interna y que también tenía dificultad en darle un nombre a la emoción. Igualmente, sabía que esta emoción abrumaba a Carolina y que era importante trabajar. Durante el proceso, se le pidió a Carolina que cerrara los ojos y que ponga

atención a su corazón y lo que el corazón le estaba diciendo. Aquí el terapeuta comenzó primero con un focusing para que Carolina sienta la sensación sentida en el cuerpo.

Consciencia de emoción.

La meta de este ejercicio era que Carolina se centre en el sentimiento que no estaba claro y que tratara de encontrar algún nombre para dicha emoción.

Terapeuta: “siente tu corazón, ¿cómo esta latiendo? ¿Cómo es? ¿Qué te está diciendo?”

Clienta: “esta latiendo despacio y con desesperación. Es como si quisiera llegar a algo pero no puede”

Terapeuta: “¿qué sientes cuando dices esto?” – evocar emoción

Clienta: “no sé, siento que mi corazón no tiene la energía suficiente como para seguir latiendo”

Terapeuta: “¿puede ser que sientas una tristeza muy grande que hace difícil que tu corazón lata normalmente?” – conjetura empática

Clienta: “sí es eso, siento una pena tan grande que aplasta mi corazón y no lo deja latir”

Expresar la emoción.

Carolina tomó consciencia de su emoción y la pudo expresar por medio del lenguaje. Esto le ayudó a que puede dar sentido a lo que estaba experimentando y pudo enfocarse en su necesidad.

Clienta: “mi corazón me dice que se está llenado de una pena muy grande, es como una semilla que está implantada ahí y no se quiere ir”

Terapeuta: ¿cómo es esa semilla?” – pregunta explorativa

Clienta: “es una semilla negra que se encuentra en mi corazón y quiere esparcirse por todo el lugar, quitando toda la vida que hay ahí”

El terapeuta se enfocó en la semilla negra que estaba lastimando el corazón. Carolina se dio cuenta de que es una semilla de tristeza que su esposo la implantó. El terapeuta incrementó la conciencia de la tristeza y Carolina pudo expresar su tristeza y la forma en que ésta le estaba lastimando su corazón.

Terapeuta: “¿Qué quieres hacer con esa semilla?” – evocar emoción

Clienta: “necesito que se vaya esa semilla, que desaparezca porque me está lastimando”

Ayudar al clienta a alcanzar emociones primarias.

Carolina al explorar su pena y entenderla, pudo llegar a su experiencia central. Carolina siempre soñó en tener una familia normal y esta pena que sentía era de no tener el esposo que ella siempre soñó en tener. Y no importara cuanto luche por eso, su realidad era otra.

Terapeuta: “¿cómo te hace sentir esto, que no vas a tener la familia que siempre soñaste?” – evocar emoción primaria

Clienta: “siento tanta pena porque yo di todo de mi e igual mi matrimonio no funcionó”

Terapeuta: “¿qué sientes cuando dices que no funcionó?” –pregunta explorativa

Clienta: “siento vergüenza porque defraudé a mi familia, a mi hija y a mí misma” – emoción negativa

En este momento el terapeuta se dio cuenta de una división de conflicto del si mismo (self-split) y consideró una buena técnica el diálogo de las dos sillas para alcanzar emociones primarias adaptativas. En el lado crítico, se puso a la voz que constantemente le recordaba que había fallado en su matrimonio, que era un fracaso y que debía sentir vergüenza. Al otro lado, la voz del si mismo que no era expresada. Durante este ejercicio, la voz no escuchada comenzó a recordar a la voz crítica todo lo que ella había hecho para que su matrimonio funcione. Como ella a pesar de que sabía que su esposo estaba con otra, ella siguió igual a lado de él. La voz crítica decía que se sentía

avergonzada de no haber podido mantener un matrimonio feliz. Durante el diálogo de las dos partes, se exploró las emociones de cada una de ellas.

Clienta parte crítica: “a pesar de que di todo, igual no funciono ahora todos van a saber que lo perdí”

Terapeuta: “¿sientes que nunca vas a lograr nada porque igual vas a fracasar?” – afirmación empática

Clienta parte crítica: “si, hice todo y resulto en nada... tengo tanta pena porque no lo logré”

Terapeuta: “¿Como es esa pena?”

Clienta parte crítica: “pena de no haberlo logrado”

Terapeuta: “¿qué necesitas?”

Clienta parte crítica: “necesito aceptar lo que es y olvidarme lo que siempre quise”

Por medio de este ejercicio se llegó a la necesidad de la voz crítica, la cual quería que Carolina acepte su realidad que su esposo ya no le amaba y no iba a tener la familia que ella siempre soñó. Asimismo, se llegó a la necesidad de la voz antes no expresada que quería que valore todo el esfuerzo que ella había hecho. Aquí salió un nuevo significado a su experiencia emocional accediendo a nuevos esquemas emocionales adaptativos, estos valoraban el esfuerzo de Carolina para salvar su matrimonio y también aceptar su realidad.

Terapeuta: “¿qué deseas en este momento?” – generar nueva narrativa

Clienta: “quiero que mi esposo me respete porque yo soy digna de ser amada”

Generar nuevas respuestas emocionales para transformar esquemas emocionales mal adaptativos.

Es importante que Carolina sienta y reflexione sobre sus emociones sentidas durante este proceso. Carolina pudo tener más empatía con sus dos partes y pueda generar un nuevo sí mismo.

Terapeuta: “¿qué quieres hacer ahora?”

Clienta: “quiero quitar esa semilla y llenar ese hueco con el amor a mi hija, valorarme y ser más fuerte” – uso de emoción positiva

El uso de la emoción de amor hacia su hija ayudó a Carolina a contrarrestar la tristeza que sentía. Con un ejercicio de imaginación, Carolina y el terapeuta se imaginaron como removían la semilla negra y llenaban el hueco con el amor de su hija.

Trasformación de emoción.

Carolina utilizó la emoción de amor hacia su hija para encontrar un significado personal en su vida y le ayude a salir adelante. Ella terminó esta sesión con una nueva experiencia interpersonal y que consideró que el amor de su hija le va ayudar a salir adelante, que no está sola.

Relación hacia su esposo.

Consciencia de las emociones.

Durante dos sesiones, el terapeuta notó que Carolina debía trabajar en la relación con el esposo. Carolina sentía mucha pena porque su esposo estaba con otra mujer, y ella tenía sentimientos de desesperanza y también se sentía con muy poco poder. Esto generó un conflicto interpersonal ya se sentía atrapada en una relación que le hacía sentir como una persona sin valor. Al principio Carolina mostraba problemas al expresar lo que sentía hacia su esposo, así que el terapeuta consideró oportuno hacer un focusing.

La meta del ejercicio era que Carolina reconozca por medio de la sensación sentida en el cuerpo las emociones que tenía hacia su esposo. El terapeuta ayudó a Carolina a sentir las emociones sentidas en el cuerpo haciendo que tome consciencia de éstas.

Terapeuta: “cuando hablas acerca de tu esposo veo que se te corta la voz, es como si tu garganta no pudiera decir algo” – pregunta explorativa

Clienta: “es como... es algo tan grande que no puede salir de mi boca”

Terapeuta: “cuéntame ¿cómo se siente tu boca?”

Clienta: “es como si tuviera una piedra encima”

Terapeuta: “¿cómo se siente tu boca con esa piedra grande?”

Clienta: “es como si le presionara, que no le dejara vivir... se siente triste porque no puede respirar”

El terapeuta se centró en lo que el cuerpo de Carolina sentía para que ella tome conciencia de lo que estaba sintiendo. Gracias al focusing Carolina pudo darse cuenta de la tristeza grande que sentía.

Expresar la emoción.

La clienta y el terapeuta entraron en un proceso de exploración de la emoción, para lograr que Carolina exprese su emoción de tristeza.

Terapeuta “me dices que es tristeza lo que sientes, que es tan grande que no te deja ni respirar” – respuesta de entendimiento empático

Clienta: “me siento tan triste que mi esposo no quiera estar al lado mío, ni el de mi hija, nos dejó... estoy sola”

Evocar y excitar la emoción.

El terapeuta exploró la emoción de pena para averiguar si ésta era una emoción primaria adaptativa o no.

Terapeuta: “¿qué crees que la tristeza te está diciendo?” –consciencia de la emoción secundaria

Clienta: “que no valgo para nada, que por eso se fue y me dejó sola”

Terapeuta: “¿qué más te está diciendo?” – pregunta explorativa

Clienta: “que no valgo para nada, que soy una basura... yo soy culpable de todo, es por la forma en que soy que él no me ama”

El terapeuta ayudó a Carolina a que encontrara un sentido de la emoción para poder identificar cuáles son sus metas, necesidades y preocupaciones.

Terapeuta: “¿Qué necesitas de tu esposo?”

Clienta: “necesito que me ame y que regrese a mí”

Con este diálogo se logró que Carolina se enfocara en su necesidad. Conjuntamente con el terapeuta, Carolina indagó más en su necesidad. El objetivo del terapeuta era ver si esa emoción con su necesidad adjunta eran adaptativas. Al darse cuenta de que esa necesidad no le llevaba a nada y más bien se sentía con más desesperanza, el terapeuta prosiguió hacer de nuevo el ejercicio del diálogo de las dos sillas para evocar emociones adaptativas o positivas.

Evocar y excitar a la emoción.

Era importante en ese momento que Carolina entre a la experiencia central de su emoción. El terapeuta se enfocó en el momento que el esposo le dijo a Carolina que se iba a casar con la otra mujer porque estaba embarazada. Durante el ejercicio de la silla vacía, había momentos donde Carolina sentía que no podía decirle nada a su esposo, era como si le tuviera miedo. Así que el terapeuta pidió a Carolina que se sienta en el espaldar del asiento para que ella esté en una posición más alta que la silla donde supuestamente estaba su esposo y de esta manera se sienta con más poder. En esa posición fue más fácil para Carolina poder expresar sentimientos de reclamo y dolor. Durante esta fase, Carolina pudo expresar sus emociones y entre más hablaba a la silla, más sentido le daba a sus emociones.

Clienta: “¿Por qué hiciste eso? ¿No pensaste en mí?”

Terapeuta: “¿cómo te hace sentir eso, que se olvidó de ti, de tu hija, de tu familia?” –

respuesta explorativa

Clienta: “siento como si quisiera arrancarle la cabeza”

Terapeuta: “imagínate arrancándole la cabeza, dile lo que sientes en ese momento”

Clienta: “siento un alivio”

Terapeuta: “puede ser que sientes iras hacia él, y al arrancarle la cabeza te hace sentir mejor”

– conjetura empática

Clienta: “sí, al arrancarle la cabeza se van todas las iras que tengo dentro”

Evocar la emoción primaria.

En este momento Carolina entró a su emoción primaria de ira que tenía hacia su esposo.

Terapeuta: “¿qué te dice esta ira?” – evocar emoción primaria

Clienta: “que soy una tonta en seguirle amando.... yo valgo la pena, él no, yo di todo”

Terapeuta: “dile todo lo que hiciste por él para tener esa familia” – respuesta de

entendimiento empático

Clienta: “te di todo de mi, más de lo que cualquiera te va a dar... eres un estúpido al haberme perdido”

El terapeuta quiso que Carolina entre más en la experiencia central de que su esposo se iba a casar con otra mujer. El objetivo era que Carolina entre en un proceso emocional de ira más profundo.

Terapeuta: “es estúpido por no darse cuenta de lo que perdió, de todo lo que tenía” –

afirmación empática

Clienta: “eres un estúpido y cuando te quedes solo te vas a dar cuenta de lo que tuviste”

Terapeuta: “cuéntale cómo te lastimó, te hirió y destrozó el sueño que tu tenías” – generar una nueva narrativa personal

Carolina reflexionó sobre su emoción conjuntamente con su terapeuta y trató de darle un sentido a su experiencia. En este momento Carolina comenzó a narrar una historia diferente entendiendo su emoción de ira.

Paciente: “lo único que quería es tener una familia feliz y normal, yo luché por eso, y tu todo lo destrozaste, eres un estúpido”

Carolina comenzó a reorganizar y a estructurar la experiencia emocional. Ella pudo entenderse de una mejor manera y esto le dio a la vez un mejor entendimiento de su mundo. Ella dejó de tener tanta tristeza, y las iras le ayudaron a que se dé cuenta de que ella no era la culpable sino su esposo.

Ayudar a alcanzar las emociones primarias.

Este ejercicio se lo hizo tres veces, la meta era que Carolina pueda expresar todas las iras que sentía en contra de su esposo. Era importante que se mantenga en contacto con la emoción primaria adaptativa. Carolina expresó todo lo que sentía hacia su esposo, todo lo que ella sentía lo puso en palabras. La meta era evocar la emoción primaria adaptativa para que luego pueda enfocarse en su nueva necesidad.

Terapeuta: “dile lo que sientes”

Clienta: “eres un estúpido, me lastimaste y no te importo, me diste las espaldas a pesar de yo te di todo”

Terapeuta: “¿Qué necesitas de él?”

Clienta: “yo necesito que te alejes de mi, que te vayas... me haces daño”

Terapeuta: “dilo de nuevo” – generar nueva narrativa

Clienta: “tú eres así, esto no es mi culpa. Y no puedo hacer nada para cambiar, debes alejarte de mí porque me haces daño.”

Trasformación de las emociones.

Con este ejercicio se logró que Carolina reflexione sobre su nueva emoción y la simbolice. Esto le dio a su si mismo más soporte y aceptación. Al final de todo este proceso se pudo evidenciar un cambio de la emoción. Primero, Carolina empezó con una emoción de tristeza profunda, su emoción primaria no adaptativa, que lo único que deseaba era que su esposo regrese a ella. Luego se llegó a la emoción primaria adaptativa de iras en contra de su esposo. Estos dos esquemas emocionales, de ira y tristeza, se unieron para crear un nuevo esquema emocional, una nueva experiencia y un nuevo significado de vida. Carolina logró narrar una nueva historia personal con la integración de las dos emociones. Carolina narró al final que a pesar de que sienta mucha tristeza de no tener la familia que ella siempre soñó, su esposo fue en que no valoró. Carolina también se dijo a si misma que ella vale la pena y no puede seguir con él porque le está lastimando.

Relación con su padre.

Consciencia de la emoción.

Cuando Carolina hablaba acerca de su familia era muy distante y fría. Por lo general, Carolina era una clienta que expresaba emociones con bastante facilidad, pero cuando se trataba de su familia parecía bloquearse emocionalmente. El terapeuta consideró esto cómo un indicador para trabajar en las siguientes sesiones.

Era muy difícil para Carolina expresar emociones con respecto a la relación con su padre, así que el terapeuta consideró prudente hacer un ejercicio de imaginaria para evocar emociones subyacentes. Era importante que Carolina traiga el recuerdo en el aquí y el ahora para que se pueda poner en contacto con las sensaciones sentidas en el cuerpo. Carolina comenzó a recordar un

episodio cuando ella tenía aproximadamente seis años de edad. Ella había recibido un premio en el escuela y cuando el padre llegó a la casa, Carolina muy orgullosa de si misma le enseñó a su padre. El padre con voz de desinteresado le respondió que el premio era una baratija.

Terapeuta: “¿cómo te hace sentir esas palabras de tu padre?”

Clienta: “siento que nunca voy a poder recibir su atención”

Terapeuta: “¿esa atención que tanto uno de niño necesita por parte de su padre?” –respuesta de entendimiento empático

Clienta: “si ese cariño que necesitas... con él era como si no existiéramos”

Terapeuta: “ser invisible, como un fantasma” – evocación empática

Clienta: “invisible, porque para él no valíamos nada”

Expresar la emoción.

En ese momento era muy importante que Carolina exprese la emoción por medio de palabras. Al expresarlo, la persona puede tener un mejor sentido de su si mismo y sus preocupaciones.

Terapeuta: “quiero que repitas eso, que no vales para nada” – evocación de la emoción

Clienta: “no valgo para nada, no valgo para nada,... (llora), es verdad no valgo para nada”

Evocar y excitar a la emoción.

Para cambiar su experiencia emocional, era importante que Carolina traiga el recuerdo del premio a consulta. Aquí el terapeuta consideró esencial trabajar en un diálogo de la silla vacía con asuntos no terminados con el padre. El terapeuta explicó el ejercicio a y le pidió que le dijera cómo se siente en el momento en que ella le enseña su premio.

Clienta: “lo único que quería es que me regreses a ver” - terapeuta corrigió y le dice que por favor repita la oración pero usando el presente. Y Carolina lo hace.

Clienta: “veme, por favor regrésame a ver, sólo quiero eso”

Terapeuta: “dile cómo te sientes” – activar emoción no adaptativa

Clienta: “siento que no valgo nada, que ni tu mirada me merezco”

Terapeuta: “es como si fueras algo que ni vale la pena regresar a ver” – respuesta de entendimiento empático

Clienta: “sí, es no ser digna de tu mirada y de estar en tu vida”

Claramente Carolina expresó una emoción secundaria y fue importante que de un sentido a la experiencia de esta emoción secundaria.

Terapeuta: “¿qué necesitas de él?” – buscar un significado a la emoción

Clienta: quiero que me veas y me ames, para que yo me sienta que valgo la pena. Sólo quiero ser parte de tu vida”

Ayudar al clienta a alcanzar emociones primarias.

El terapeuta se dio cuenta que era muy difícil activar la emoción primaria en este caso, así que pidió a Carolina a que sentara en la silla de su padre y que de una respuesta a todo lo que Carolina había dicho.

Clienta lado padre: “yo no tengo tiempo para eso, déjame tranquilo... tengo cosas que hacer”

Clienta lado Carolina: “nunca tienes tiempo, nunca me ves, ¿por qué eres así... por qué eres tan egoísta?”

Terapeuta: “tu padre es un egoísta sólo se preocupa de si mismo y no de ti” – activar emoción primaria.

Clienta: si eres un pobre egoísta, te odio, te odio...., siento tantas iras hacia ti... lo único que quería es tu amor, y tu no me diste... eres un hijo de puta... egoísta... yo saltando a lado tuyo por tu atención y tu metido en tu mundo de imbécil...”

Terapeuta: “¿qué le dijeras a esa niña que esta saltando a lado de su papá y se siente que no vale la pena? - activar esquemas emocionales más adaptivos

Clienta: “que su padre es un estúpido, un egoísta, y no es ella el problema si no ese pobre infeliz”

Generar nuevas respuestas emocionales para transformar esquemas emocionales mal adaptativos.

Era importante que Carolina comience a sentir más empatía y compasión por si misma para que ella pueda simbolizar y reflexionar sobre su dolor de una manera menos abrumadora. Es por esto, que el terapeuta pidió a Carolina que le vea a esa niña a lado de su padre y le diga lo que siente. También era importante activar emociones alternativas que le ayudarán a Carolina a confrontar las creencias disfuncionales.

Clienta: “no te sientas así, esto no es tu culpa, tu si vales la pena...., él no sabe cómo amarte, ni cómo hacerte sentir bien”

Terapeuta: “¿qué te gustaría decirle a tu padre?” –buscar la meta o necesidad

Clienta: “capaz tu no sabias cómo amar, nadie te enseñó.... yo no voy hacer lo mismo con mi hija... por eso valgo la pena, porque yo sí se amar”

Carolina pudo reconocer las iras que sentía hacia su padre y comprendió que su padre capaz nunca supo amar. Gracias a este ejercicio ella pudo diferenciar, clarificar y entender su experiencia personal del pasado en el aquí y el ahora.

Reflexionar sobre la experiencia.

Después del ejercicio, Carolina pudo reflexionar que su padre había sido toda la vida un hombre que nunca expresó sus emociones, y no era ella la que no valía la pena, sino más bien era ese hombre que nunca supo amar. El ejercicio le llevó a Carolina a reflexionar sobre su vida cuando era niña y trajo consigo su emoción primaria la que le ayudó a que se dé cuenta que ella no era la culpable y que fue el padre el que nunca supo amar. Lo más interesante de este ejercicio, es que al final Carolina se promete a ella misma que ella nunca va ser así con su hija, que ella siempre le va a demostrar afecto y mucho cariño. Y que ahora ella comprende que estar tan triste afectará a lo largo de la vida de su hija. Carolina aceptó que ella también estuvo distante con su hija como consecuencia de todos sus problemas en el matrimonio, pero esa no es razón para alejarse de su hija.

Evaluación de proceso/ resultados

Para comprobar la efectividad de la terapia enfocada en la emoción aplicada en un caso de depresión mayor único se tomaron dos pruebas, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Síntomas de Derogatis. Las pruebas fueron administradas dos veces, una antes de la terapia y la segunda al final de la terapia.

La clienta tuvo 13 sesiones donde se trabajó principalmente en emociones en base a la terapia enfocada en la emoción. La clienta fue diagnosticada con depresión mayor episodio único y tomó dos pruebas diferentes para ver su sintomatología. Una vez terminadas la terapia, se tomó de nuevo las mismas pruebas. Los datos comprueban que la intervención psicológica si fue positiva y conveniente para disminuir los síntomas depresivos. Trabajar con la EFT con un diagnóstico depresivo tuvo buenos resultados y la clienta ha podido disminuir su sintomatología.

El Inventario de Síntomas de Derogatis manifestó que Carolina, al principio de terapia, presentaba malestar psicológico en las siguientes áreas: obsesiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ideación paranoide y psicotismo. Todas estas áreas tuvieron un puntaje por encima del T normalizadas. Después de que la clienta pasó por un proceso terapéutico, los puntajes T estuvieron por debajo de 63 en todas las áreas (ver anexo 3). Esto quiere decir que los síntomas disminuyeron, el malestar psicológico disminuyó y los puntajes T se normalizaron.

Según el Inventario de Depresión de Beck, antes de la terapia, la clienta obtuvo 32 puntos. Este puntaje clasifica para una depresión severa. Sin embargo, una vez terminada la terapia Carolina obtuvo 14 puntos con el mismo inventario. Este puntaje clasifica para una depresión media. En conclusión, la intervención psicológica usando EFT ayudó a la disminución de síntomas de depresión en la clienta.

Se utilizó el inventario de alianza terapéutica a la sexta sesión con el objetivo de medir la relación entre el terapeuta y su cliente. La clienta reportó 41 puntos sobre 42 en el segmento de

vínculo con su terapeuta. Esto indica que la clienta se sentía cómoda y entendida. Igualmente, la clienta sentía que su terapeuta se preocupa por ella y creía que puede ser honesta con sus sentimientos en terapia. Asimismo, tuvo mucha confianza en la habilidad de su terapeuta. Además, la clienta reportó 20 puntos sobre 30 en el segmento de acuerdo de tareas en terapia. Esto representa que la clienta en muchas ocasiones sabía cuáles eran las metas y objetivos de las tareas realizadas y cuáles eran sus responsabilidades en sesión. También considera que los ejercicios realizados en terapia estaban de acuerdo con sus necesidades. Y por último, en el segmento de objetivos la clienta tuvo un puntaje de 10 sobre 16. Este segmento toma en consideración si la clienta tiene claro cuáles fueron las metas en el proceso terapéutico.

En la actualidad, Carolina sigue siendo estudiante de la universidad Central de Quito. Ella y su hija viven en la casa de sus padres con los cuales mantiene una buena y estable relación. Su hija va a guardería y comenta que la relación entre ellas es muy cercana y amorosa. Asimismo, Carolina culminó el divorcio con su ex esposo y se encuentra en una nueva relación con un compañero de la universidad. También expresó que a pesar de que las cosas hayan resultado de manera positiva, hay momentos que se siente triste porque al fin y al cabo no terminó teniendo una familia normal. Pero que esa tristeza no se puede comparar con la que sentía hace más de ocho meses cuando entró a consulta. Carolina expresó que cuando comenzó la consulta, ella sentía que se estaba cayendo por un hueco negro y profundo, y ahora considera que la tristeza es diferente, que siente la pena pero no le jala hacia un hueco.

Conclusiones

La depresión es una enfermedad que afecta alrededor de 121 millones de personas en el mundo (Organización Panamericana de la Salud, 2006). Dada esta cifra tan significativa se considera de suma importancia conocer las diferentes terapias que los psicólogos pueden utilizar.

La terapia cognitiva conductual ha demostrado ser muy efectiva para tratar casos de depresión y es de fácil manejo en el sistema de salud (Roffman, 2005). Una de las limitaciones de la terapia cognitiva conductual es que pone mucho énfasis en la cognición. El pensamiento es sólo una de las muchas funciones del ser humano y es importante trabajar con otros aspectos como las emociones o asuntos de la vida pasada (Mcleod, 2008). Asimismo, todavía no está claro cuál es el rol del proceso cognitivo. Es decir, en realidad no se sabe si las cogniciones negativas son en sí una consecuencia o una causa de los trastornos y si a la vez son una causa o consecuencia de las emociones (Mcleod, 2008). Según Greenberg y Watson (2008) la función cognitiva influye en varios procesos como la creación de esquemas emocionales, organización del sí mismo, sensación sentida en el cuerpo y el simbolizar y dar un significado a la experiencia. Es por esto que el EFT también se enfatiza en la cognición. Durante el proceso terapéutico con Carolina, se pudo trabajar en las cogniciones ya que se cambió la manera de pensar, se modificaron esquemas mentales relacionados a actitudes y opiniones de la clienta. Esto se vio reflejado en la diferente narración que tuvo Carolina sobre su realidad después de cada proceso emocional. Las funciones cognitivas ayudaron a que Carolina cambie su síntesis de esquemas emocionales para que de esta forma se construya un sí mismo más sano generando una nueva narrativa. De igual manera, Carolina pudo tener una mejor comprensión de sus emociones, pensamiento y comportamiento. En consecuencia, Carolina ahora comprende la realidad desde una perspectiva más sana. En conclusión, se puede decir que el trabajar con emociones tiene un efecto en las cogniciones.

La terapia psicoanalítica pone énfasis en los eventos de la vida pasada. Mediante la terapia enfocada en la emoción, también se pudo trabajar con aspectos del pasado de la clienta que estaban dificultando la vida en el presente. Carolina, por medio del diálogo de la silla vacía con su padre, comprendió de una mejor manera la historia con su padre y esto generó que no exista tanta crítica hacia ella misma ni desprecio hacia el padre. Durante este ejercicio se trabajó con emociones mal adaptativas que estaban generando una narración destructiva para la vida de la clienta. Al terminar este proceso, la clienta comprendió y perdonó a su padre. En consecuencia, se generó más compasión por sí misma. El trabajo con las emociones sobre circunstancias del pasado ayudó a que la clienta se sienta valorada por ella misma y comprenda su realidad con emociones más adaptativas y positivas.

A través de la terapia enfocada en la emoción, también se trabajó sobre las relaciones interpersonales que estaban contribuyendo al malestar psicológico. Una de las relaciones más importantes que se trabajó con Carolina fue la relación con su esposo. Las emociones secundarias y mal adaptativas hacían que Carolina tenga una narración personal llena de auto crítica y dependencia hacia su esposo. La clienta sentía que no tenía ningún valor y sentía que todo lo que hacía era un fracaso. Son justamente las emociones secundarias que influenciaron a que la clienta desarrolle una depresión. Durante el trabajo interpersonal, Carolina logró comprender de mejor manera sus emociones hacia su esposo, lo que generó emociones más adaptativas. Durante el proceso terapéutico, el terapeuta conjuntamente con la clienta, trabajaron en la relación del esposo y las emociones que fueron aflorando. Se logró que la clienta alcance sus emociones primarias lo que ayudó a tener una comprensión menos destructiva de sí misma.

En conclusión, la terapia enfocada en la emoción brinda a los terapeutas la oportunidad de no sólo trabajar en las cogniciones sino también en las emociones, en el pasado de la persona y en el

presente con sus relaciones interpersonales. La EFT se centra en la idea de que las emociones son el motor de varios comportamientos y pensamientos (Greenberg & Watson, 2008). Para lograr un cambio positivo en el cliente, es importante lograr un proceso terapéutico profundo. Las emociones deben ser trabajadas por medio de ejercicios que promueven o activen partes de la persona como el pensamiento, emociones o memorias del pasado. El activar indicadores específicos de la vida de la persona, permite conjuntamente con el terapeuta, modificar emociones que estaba de cierta manera bloqueando el bienestar personal.

El objetivo de aplicar la terapia enfocada en la emoción en un caso clínico de depresión mayor era reducir sintomatología patológica y lograr el bienestar personal. Durante el proceso terapéutico, la clienta trabajó en varios aspectos de su vida, como relaciones interpersonales, regulación emocional y experiencias pasadas. Cada uno de estos aspectos fue profundizado hasta llegar a un proceso emocional profundo que es necesario para que exista un cambio interno real en la persona. La clienta se mostró bastante cooperativa y profundizó en su experiencia emocional, lo que trajo al final buenos resultados que se pueden comprobar al comparar la diferencia entre la sintomatología al principio y al final de la intervención terapéutica.

Durante el proceso terapéutico, la clienta mostró una disposición a la apertura emocional con su terapeuta. La alianza terapéutica fue la base para la confianza entre el terapeuta y su clienta. Asimismo, gracias a la alianza terapéutica se logró el un proceso emocional profundo necesario para un cambio a largo plazo (Greenberg & Watson, 2008). El trabajo en la alianza terapéutica nunca se detuvo, ya que en cada terapia el terapeuta validaba, era congruente e incondicional. Además, la clienta estaba abierta a la experiencia emocional ya que comprendía los objetivos de cada ejercicio. Así mismo, la clienta comprendía la importancia de la experiencia emocional profunda, lo que

facilitaba a que esté más dispuesta a la intervención terapéutica psicológica (Greenberg & Watson, 2008).

La EFT fue efectiva para este estudio de caso, y ayudó a que la clienta tenga una mejoría en la sintomatología. Hay varios factores que se deben tomar en consideración para que la terapia sea efectiva como el proceso emocional profundo, la alianza terapéutica, la predisposición a la apertura emocional y el trabajo en varias áreas de la vida de la persona. La terapia enfocada en la emoción ha demostrado ser efectiva para este caso de depresión. Los resultados demuestran que la terapia fue efectiva para la reducción de síntomas al generar un cambio positivo. A pesar de que no se pudo concluir estadísticamente que los resultados son significativos, la clienta expresó una mejoría en la calidad de vida y bienestar personal. Se recomienda utilizar esta terapia para futuros casos de depresión.

El trabajo en emociones es muy importante y lo que se ha demostrado en varias investigaciones es que es más importante el proceso emocional profundo y no tanto el tipo de terapia. Asimismo, la mejoría a largo plazo es resultado del proceso emocional profundo (Watson & Bedard, 2006; Pos, Greenberg y Korman, 2003; Goldman y colegas, 2003). Lo que sobresale con el EFT es que es justamente un tipo de terapia que se centra en las emociones y en el proceso emocional profundo. La terapia enfocada en la emoción da herramientas para lograr un proceso emocional profundo y ofrece teoría que ayuda a comprender mejor las emociones.

Las emociones secundarias son muy importantes para el proceso terapéutico y deben ser tomadas con igual seriedad que las emociones primarias. Las emociones secundarias sirvieron al terapeuta como una puerta para comprender la narración de la clienta. Estas deben ser trabajadas con el tiempo necesario para que el cliente se sienta validado y comprendido. Es importante que el terapeuta trabaje en las emociones y exista un proceso emocional profundo, para que haya una

comprensión verdadera de dichas emociones y en consecuencia, el cliente puede crear un cambio más positivo en sus pensamientos, emociones y comportamientos. Las emociones secundarias son en sí la puerta que permite al terapeuta comprender el mundo interior de la persona y son el primer escalón para el cambio terapéutico que se busca. La meta del terapeuta es alcanzar las emociones primarias, pero estas sólo se llegan si las emociones secundarias son trabajadas y experimentadas.

Las emociones primarias adaptativas son esenciales para el cambio terapéutico. Estas emociones guían al cliente a su bienestar y generan las acciones necesarias para una mejor adaptación. De igual manera, estas emociones deben ser bien procesadas y debe existir un entendimiento profundo de parte del cliente sobre sus emociones. Si el cliente experimenta sus emociones de manera vívida, es más fácil que éste pueda generar acciones apropiadas y tenga una narrativa más acorde a su realidad.

Conclusiones del terapeuta

La tesis de grado debe ser vista como un proceso personal más que tanto como un proceso académico. Desde una perspectiva humanista, es importante considerar que el estudiante escogió el caso del que se escribe, el tipo de terapia y los lectores por alguna razón y cumplen de alguna manera un papel importante en la vida del estudiante. Al fin y al cabo, la tesis es un cierre de una etapa de la vida que se transforma en proceso personal.

El caso clínico escogido fue el primer cliente atendido por la autora. Cuando la cliente llegó a consulta por primera vez, la autora vio una persona perdida en un mundo de mayores con una necesidad enorme de encontrar alguna respuesta. Se sentía como si ella estuviera perdida y venía a consulta para encontrar una salida a ese revoltijo en el que se había metido. Desde la primera cita, se sintió una identificación mutua. Igual que ella, la autora se encontraba en un proceso terapéutico donde buscaba respuestas a una vida nueva y poco comprendida que estaba por empezar. Desde que

Carolina emprendió el proceso terapéutico, sin darse cuenta, la autora también participó de un proceso terapéutico propio.

Mientras el proceso terapéutico avanzaba, la autora comprendió que a pesar de no tener la vida que siempre se soñó, había alcanzado una parte de ese sueño, tenía a un hombre respetuoso y amoroso que siempre caminará de la mano de ella. El ser humano siempre está en una lucha por alcanzar algo más en la vida y al momento que lo obtiene busca su siguiente meta y lucha hasta obtenerla. Este caso clínico, fue un crecimiento humano mutuo, pues la autora aprendió a disfrutar más lo que tenía y a preocuparse menos de lo que tenía que venir. Aprendió que las personas luchan constantemente por alcanzar cosas que no se tiene en la actualidad y a pesar de que esta lucha constante es buena porque ayuda en la autorrealización humana, también es bueno aceptar el hecho de que se debe descansar para recuperar fuerzas y seguir luchando. Al final, la autora se dio cuenta de que necesitaba este descanso, que es bueno vivir en el presente y disfrutar de las cosas que se tiene en ese momento y no preocuparse tanto de lo que va a venir. Aprendió a disfrutar de las cosas que se habían logrado, las metas alcanzadas y se aprendió a valorar el esfuerzo propio. Gracias a este estudio de caso, se encontró una nueva visión clara de vida, dejando el futuro a un lado y enfocarse y agradecer por el presente. En fin, se aprendió que no es necesario luchar siempre, sino que hay que disfrutar lo que se tiene en el aquí y en el ahora.

El tipo de terapia que fue utilizada también ayudó con el crecimiento personal de la autora. Durante el periodo que se atendió a Carolina, se tuvo una necesidad de integración como ser humano y como persona. Se sentía como una división en pequeños pedazos que trabajaban sin saber que juntos esos pedazos podrían ser más fuertes. Mientras más se estudiaba sobre la terapia enfocada en la emoción, más se comenzaba a notar la oportunidad de juntar pedazos de otras terapias e integrarlas en una sola. Se escogió aplicar la terapia enfocada en la emoción en este caso

clínico debido a su doble intención de integración. Es decir, tanto, la clienta como la autora, pudieron reconocer sus emociones, pensamientos y acciones y juntarlas en una sola persona para llegar a una estabilidad más equilibrada. En otras palabras, la terapeuta y la clienta pasaron por un proceso terapéutico propio, donde cada una aprendió una comprensión humana más profunda sobre sí mismas. Los procesos terapéuticos en general son difíciles para quienes los enfrentan, pues las luchas más fuertes son las que se pelean contra uno mismo.

Al final del proceso terapéutico con Carolina se logró que salga adelante y esto fue un paso esperanzador para la autora misma.

Referencia

- American Psychiatric Association. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (1995). United States, Washington, D.C.: Masson.
- Angus, L., Goncalves, M., Greenberg, L., Mendes, I., Riberiro, A. & Sousa, I. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: How is change constructed through the lens of the innovative moments coding system?. *Psychotherapy Research*, 20(6), 692-701.
- Asociación española. (n.f.). Inventario de depresión de Beck. España, Madrid. Obtenido de: C:\Users\Elisa\Desktop\tesis\Inventario Depresion de BECK.mht
- Bechara, A. (2004). The role of emotion in decision-making: Evidence from neurological patients with orbitofrontal damage. *Brain and Cognition*, 55, 30–40.
doi:10.1016/j.bandc.2003.04.001
- Bachara, A. & Damasio, A. (2004). The somatic marker hypothesis: A neural theory of economic decision. *Games and Economic Behavior*, 52, (2), 336-372. Doi: 10.1016/j.geb.2004.06.010
- Beer, J, Knight, R. & D'Esposito, M. (2006). Controlling the integration of emotion and cognition. *Association for Psychological Science*, 17(5), 448-453.
- Casullo, M. & Pérez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90 de L. Derogatis.
- Comer, R. J. (1992). *Abnormal psychology*. New York: W. H. Freeman & Company.
- Dempsey, K. (2001). Women's and men's consciousness of shortcomings in marital relations, and of the need for change. *Family Matters*, 58, 58-63.
- Friedman, M., Gaertner, L., Gordon, K. & Miller, I. (2005). Marital attributions as moderators of the marital discord-depression link. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(6), 876-893.
- Galva, J. (2006). Desesperanza aprendida, conformismo y abstencionismo. *La Gaceta*, N.V.,N.I., 8. Obtenido de: <http://www.gaceta.udg.mx/Hemeroteca/paginas/442/442-8.pdf>
- Goldman, R., Greenberg, L. & Pos, A. (2005). Depth of Emotional Experience and Outcome. *Psychotherapy Research*, 15(3), 248-260.
- Gordon, L., Kalogerakos, F., Stermac, L., Steckley, P. & Watson, J. (2003). Comparing the effectiveness of precess-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of consulting & Clinival Psychology*, 71, 773-781.
- Gottman, J. (1999). *The seven principles for making marriage work*. New York: Three Rivers Press.
- Greenberg, L. (2004). Emotion – focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3–16.

- Greenberg, L. (2011). Taller 1: emotion – focused Therapy level 1 training for working with individuals. Ecuador, Quito: Universidad San Francisco de Quito.
- Halloran, E. (2000). The Rol of Marital Power in Depression and Marital Distress. *The American Journal of Family Therapy*, 26(14), 3-14.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J. Neurosurg. Psychiat.*, 23, (56).
- Heim, S. & Snyder. (1991). Marriage, Depression, and Cognition: unraveling the Gordian knot- reply to Ettinger ET AL. *Journal of Family and Marital Therapy*, 18 (3), 303-307.
- Holmes, J. (2001). All you need is cognitive behavior therapy?. Department of Mental Health, University of Exeter. Obtenido de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122202/>.
- Kalis, A. Mojzisch, A., Schweizer, S. & Kaiser, S. (2008). Weakness of will, akrasia, and the neuropsychiatry of decision making: An interdisciplinary perspective. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 8 (4), 402-417. doi:10.3758/CABN.8.4.402
- McLeod, S. A. (2008). Simply Psychology; Cognitive Behavioural Therapy. Obtenido de: <http://www.simplypsychology.org/cognitive-therapy.html>
- Millikin, J. (2000). Resolving Attachment Injuries in Couples Using Emotionally Focused Therapy: A Process Study. Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University. Obtenido de: <http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/etd-05162000-21110027/unrestricted/MillikinETDfinal.pdf>
- Mufson, L. (2010). Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents (IPT- A): Extending the Reach from Academic to Community Settings. Association for Child and Adolescent Mental Health. DOI: 10.1111/j.1475-3588.2009.00556.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group (ISBN 978 92 4 156394 9). Obtenido de http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563949_eng.pdf
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (1988). *Psychology*. New York: McGraw-Hill Book Company
- Pos, A., Greenberg, L. & Korman, L. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *J Consult Clin Psychol*, 71(6), 1007-1016.
- Pos, A., Greenberg, L. & Warwar, S. (2009). Testing a Model of Change in the Experiential Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, (6), 1055-1066.
- Rubinsztein, J., Michael, A., Underwood, B., Tempest, B. & Sahakian, J. (2006). Impaired cognition and decision-making in bipolar depression but no ‘affective bias’ evident. *Psychological Medicine*, 36, 629–639.
- Teusch, L. (2006). Book Reviewed Emotion-Focused Therapy for Depression

Toman, S. & Wolf, A. (2005). *Terapia Gestalt*. México: Manual moderno.

Yasumin, A. Et.al. (2010). Socialcultural dominans of depression among indigenous population un Latin America. *International Review of Psychiatry*, 22 (4).

Anexos

Anexo 1

Tabla 1
Descripción de las dimensiones primarias de síntomas del SCL-90-R

Dimensión	Descripción
Somatización	Malestares que surgen de la percepción de disfunciones corporales cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias y de otros sistemas con fuerte mediación del sistema nervioso autónomo. También incluye dolores de cabeza, musculares y otras manifestaciones somáticas de ansiedad.
Obsesiones	Incluye los síntomas característicos del síndrome obsesivo compulsivo: diversos pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como involuntarios, indeseados, irresistibles, egodistónicos o imposibles de controlar.
Sensitividad interpersonal	Sentimientos de inferioridad e inadecuación personal, especialmente en comparación con otras personas; auto depreciación e incomodidad durante las interacciones personales. Las personas con altas puntuaciones en esta dimensión también reportan expectativas negativas sobre las interacciones interpersonales y elevados niveles de autoconciencia pública.
Depresión	Los ítems son una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas del trastorno depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, pérdida de interés en las actividades habituales, poca energía vital y sentimiento de desesperanza. También se incluyen ideaciones suicidas y otros correlatos somáticos y cognitivos de la depresión.
Ansiedad	Síntomas y comportamientos asociados clínicamente con elevados grados de ansiedad: inquietud, nerviosismo, tensión y ataques de pánico.
Hostilidad	Incluye pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo caracterizado como rabia o ira. La selección de ítems incluye la expresión de agresión, irritabilidad, rabia y resentimiento. Por ejemplo, algunos ítems refieren sentimientos de fastidio, necesidad de romper cosas o temperamento explosivo e incontrolable.
<i>Ansiedad fóbica</i>	Caracteriza una respuesta persistente de miedo (a personas, lugares, objetos o situaciones específicas) que es irracional y desproporcionada al estímulo que la provoca, ocasionando que la persona desarrolle una conducta de evitación o escape del estímulo atemorizante. Los síntomas de esta dimensión se centran en las manifestaciones más disruptivas de la conducta fóbica, varios de los cuales son típicos de la agorafobia (miedo a los espacios abiertos, multitudes, lugares públicos, por ejemplo).
<i>Ideación paranoide</i>	Representa fundamentalmente las distorsiones cognitivas típicas del comportamiento paranoide: pensamiento proyectivo, suspicacia, grandiosidad, centralidad, temor a la pérdida de autonomía y delirios.
<i>Psicoticismo</i>	Esta dimensión fue diseñada para representar el constructo en tanto un continuo de la experiencia humana. Por ello incluye un amplio espectro de síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones auditivas, transmisión y control del pensamiento.

Anexo 2

SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP
1.67	2.9	1.88	2.69	2	1.67	1.29	2.33	1.7	2.02	74	2.46

Anexo 3

