

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Estudio de caso: Aplicación de Terapia Humanista y Danza Primal en una paciente con Trastorno de Depresión Mayor, Duelo y Cleptomanía

Liliana Podvin

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Psicología Clínica

Quito

Octubre de 2011

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Artes Liberales

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Estudio de caso: Aplicación de Terapia Humanista y Danza Primal en una paciente con Trastorno de Depresión Mayor, Duelo y Cleptomanía

Liliana Podvin Pabón

Teresa Borja, Ph.D.

Dir. de Tesis y Miembro del Comité de Tesis

Esteban Utreras, Ph.D.

Miembro del Comité de Tesis

Carlos Freire, M.D., M.A.

Miembro del Comité de Tesis

Carmen Fernández-Salvador, Ph.D.

Decana del Colegio de Artes Liberales

Quito, 7 de Octubre de 2011

© **Derechos de autor.**

Liliana Podvin

2011

“...hay un rango ilimitado de la conciencia para la cual no hay palabras, una conciencia que puede expandirse más allá de tu ego, tu self, tu identidad familiar, más allá de todo lo que has aprendido...”

Timothy Leary

Agradecimientos:

A mi paciente, quien al haberme permitido entrar en su mundo, ha iluminado mi experiencia como psicóloga, comprendiendo que toda relación terapéutica siempre es un aprendizaje de doble vía.

Resumen

El presente estudio de caso describe la intervención psicoterapéutica realizada en una mujer de 40 años de edad con trastorno depresivo mayor, cleptomanía y una experiencia de duelo complicado. El tratamiento consistió en 20 sesiones de terapia humanista (con especial énfasis en la Terapia Centrada en las Emociones) y la práctica de Danza Primal proveniente del Modelo de Interacciones Primordiales. El proceso se enfocó en la transformación de las emociones mal-adaptativas, la resolución de asuntos inconclusos, el descubrimiento de las fortalezas internas y la práctica vivencial-corporal de comportamientos positivos. A fin de valorar la efectividad del proceso se tomaron medidas antes y después del tratamiento mediante el test de síntomas SCL-90 y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Los resultados obtenidos con el SCL-90 indican una disminución de los síntomas en las escalas de obsesiones, somatizaciones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Antes del tratamiento, la paciente obtuvo puntajes de riesgo en todas las dimensiones y después del tratamiento, en ninguna. Tanto el puntaje de depresión como el índice de severidad global se redujo de 65 a 50 puntos. De acuerdo el BDI, la paciente logró un cambio en su experiencia de depresión, pasando de un puntaje indicador de depresión severa a un puntaje asociado a una depresión mínima.

Palabras clave: *terapia humanista, danza primal, depresión, cleptomanía, duelo complicado, emotion-focused therapy.*

Abstract

The present case study describes the therapeutic intervention applied to a 40 year old woman with major depressive disorder, kleptomania and complicated grief. The treatment consisted of 20 sessions of humanistic therapy (with special interest in Emotion-Focused Therapy) and Primal Dance, a branch of the Fundamental Interactions Model. The process was focused on the transformation of maladaptive emotions, the resolution of unfinished businesses, the discovery of internal strengths and the in-session bodily experience of positive behaviors. In order to value the effectiveness of the treatment, measures of the symptom's test SCL-90 and the Beck Depression Inventory were taken before and after the process. The results obtained from the SCL-90 indicate a reduction in the symptoms of somatizations, obsessions, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism. Before the treatment, the patient obtained scores that reflected risk in all dimensions and after the treatment, she didn't have any risk scores. Both the depression score and the index of global severity were reduced from 65 to 50 points. According to the BDI, the patient achieved changes in her experience of depression, moving from a score that reflected severe depression to a score that reflected minimal depression.

Key words: humanistic therapy, primal dance, depression, kleptomania, complicated grief, emotion-focused therapy.

TABLA DE CONTENIDO

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Introducción:	1-2
Intervenciones Psicoterapéuticas.....	2
Terapia Psicoanalítica	2-4
Terapia Interpersonal TI	4
Terapia Cognitiva Conductual (TCC)	4-5
Justificación del uso de Terapia Humanista para la Depresión.....	5-9
Justificación para el uso de la Danza Primal en el Tratamiento de la Depresión.....	9-13
Danza Primal para personas con Cleptomanía.....	13-14
Propósito del Estudio.....	14
Implicaciones para el diagnóstico.....	14-15
Trastorno de Depresión Mayor y el DSM IV.....	15-17
Prevalencia del Trastorno de Depresión Mayor.....	17-18
Consecuencias y Riesgos asociados al Trastorno de Depresión Mayor.....	18
Cleptomanía y el DSM IV.....	18-19
Prevalencia y Comorbilidad de la Cleptomanía con otros Trastornos.....	19-21
Consecuencias y Riesgos asociados a la Cleptomanía.....	21
Duelo y el DSM IV.....	21-22
Prevalencia del Duelo Complicado.....	23
Consecuencias y Riesgos asociados al Trastorno de Duelo.....	23-24
Aspectos Neuropsicológicos.....	24-25
Etiología y Aspectos Neuropsicológicos de la Depresión Mayor.....	25-27

Etiología y Aspectos Neuropsicológicos de la Cleptomanía.....	27-28
Factores de Riesgo y Aspectos Neuropsicológicos del Duelo Complicado.....	28-30
Modelos de Terapia aplicados en el Estudio de Caso.....	30
Terapias Humanistas y la Terapia Centrada en el Cliente (TCC)	33-33
Terapia Gestalt.....	33-36
<i>Focusing</i> (Terapia basada en el Enfoque)	36-38
Terapia enfocada en la Emoción (Emotion-Focused Therapy).....	38-42
Terapia de Duelo (Budismo y Terapia Humanista).....	42-44
Limitaciones.....	44
Danza Primal (DP).....	44-50
La Relación entre la Danza Primal y la Terapia Humanista.....	50-52
Estudio de Caso.....	52
Introducción.....	52-53
Diagnóstico.....	53
Historia de Vida.....	53-57
Conceptualización del Caso.....	57-62
Proceso Terapéutico.....	62-75
Logros y limitaciones.....	75-76
Evaluación y efectividad del proceso.....	76-79
Resultados	79-82
Conclusión final.....	82-83
Referencias.....	84-90

Marco Teórico

Introducción:

El trastorno de depresión mayor es uno de los diagnósticos más comunes y graves que enfrentan los psicólogos y psiquiatras en su consulta (Andrade, Lieke, Noblesse, Temel, Ackermans, Lee, Steinbusch, & Vanderwalle, 2009). Se caracteriza por una pérdida de placer en la mayoría de las actividades realizadas (APA, 1995). La prevalencia de este trastorno en el mundo está entre el 5 y el 15% de la población general, afectando aproximadamente a 121 millones de individuos (Mahmoud, Pandina, Turkoz, Kosik-Gonzalez, Canuso, Kujawa & Gharabawi,-Garibaldi, 2007). La probabilidad de que la persona lo experimente durante el curso de su vida está entre el 20 y el 25%, más del 60% de los pacientes tratados no responden satisfactoriamente y aproximadamente una quinta parte se vuelven refractarios a los tratamientos psicológicos y farmacológicos (Andrade et al., 2005). La probabilidad de sufrir una recaída de síntomas durante el próximo año es del 50% (Accortt, Freeman y Allen, 2008) y un 15% de personas con este diagnóstico mueren por suicidio cada año (Gluud, Hansen, Jakobsen & Simonsen, 2011).

El costo social y financiero de la depresión es gigante (Arnow & Constantino, 2003), y está cercanamente relacionado con: 1) la muerte natural por despiste o accidentes, 2) muerte prematura relacionada a problemas cardiovasculares, 3) baja productividad laboral y/o pérdida de trabajo, y 4) problemas severos en las relaciones sociales (Mahmoud et al., 2007). Vale mencionar que en Estados Unidos aproximadamente 2.1 billones de dólares son gastados cada año en recetas médicas que incluyen tranquilizantes, pastillas para dormir y antidepresivos (Lew, 2006).

El duelo y la cleptomanía son condiciones que tienen gran comorbilidad con el trastorno de depresión mayor (APA, 1995). Worden (2009) describe al duelo como la experiencia que tiene una persona frente a la muerte de un ser querido; un proceso que

puede ser normal o complicado. Wada y Park (1993) establecen que el duelo es un proceso de transición, que a pesar de ser muy doloroso e intenso, puede generar gran crecimiento personal si la persona logra trascender la clásica visión de vida y muerte.

En cuanto a la cleptomanía, se sabe que aunque no es un trastorno común, presenta graves consecuencias para la vida de quien la padece (Dannon, Aizer & Lowengrub, 2006). Se caracteriza por la dificultad en controlar los impulsos por robar objetos que no son necesarios para la supervivencia (APA, 1994). Los actos de la persona con cleptomanía son fuente de ansiedad para sus familiares, y generalmente está muy afectada su vida laboral, familiar, social y legal (APA, 1994).

Intervenciones Psicoterapéuticas

En vista de que hay gran comorbilidad entre la depresión, la cleptomanía y el duelo (APA, 1994), y dado que la depresión podría servir de marco teórico para explicar varios mecanismos que intervienen en el duelo y la cleptomanía, se enfatizarán las intervenciones para la depresión. Según Greenberg y Watson (2008), la investigación realizada sobre psicoterapia muestra que “todos han ganado y todos merecen premios” (p.6), indicando que hay varios elementos comunes en los tratamientos psicológicos que pueden explicar su efectividad. El presente documento no pretende inculcar la idea de que un tratamiento es mejor que otro, sino mas bien busca ampliar el abanico de opciones terapéuticas para la depresión, e introducir una visión de enfoques complementarios. A continuación se revisan los modelos terapéuticos más usados y algunas de sus limitaciones.

Terapia Psicoanalítica

Según Freud, la depresión tiene sus orígenes en alguna de las fases de la infancia (oral, genital, anal, fálica, latente), cuando la persona (debido a la crianza y vínculo con los padres) reprime sus impulsos sexuales y agresivos, internalizando la ira y la culpa (Corey,

2009). La depresión afecta al “yo” (componente psicológico de la personalidad) de la persona, provocando culpa porque hay una incongruencia entre los impulsos del “ello” (parte primitiva) y las exigencias del superyó (aspecto social) (Johnson, Davison & Neale, 2010). En cuanto al duelo, Freud (en Ferrer, 2010) establece que ante la pérdida, la persona no logra apartar la libido del evento frustrante (muerte) y en lugar de ello, la refiere a su propio yo (Ferrer, 2010). Esto produce un rebajamiento del amor propio y una pérdida de la pulsión por vivir (Mantilla, López del Hoyo, Ávila-Espada & Pokorny, 2011). La hipótesis frente a la cleptomanía es que el acto de robar aparece como consecuencia de instintos sexuales no satisfechos (Fishbain, 1987).

Una de las limitaciones de la terapia psicoanalítica clásica podría ser la duración prolongada del tratamiento. Hay estudios (Below, Werbart, Rehnberg, 2009., Fishbain, 1987., Mantilla et al., 2011) que reportan una reducción notable en la sintomatología de depresión al cabo de 12, 16 o 27 meses. Es posible que algunos pacientes no tengan los recursos financieros ni el tiempo para invertir en un proceso de este tipo.

Según Paivio & Pascual-Leone (2010) otra debilidad del modelo está en el hecho de que Freud basó su teoría de la depresión en la emoción de culpa, cuando la vergüenza parece estar más involucrada. Si bien la depresión está caracterizada por tristeza, culpa, miedo y ansiedad, la vergüenza es la emoción que mina el corazón de la persona deprimida porque se ve amenazada su dignidad y la autovaloración esencial, mientras que la culpa está más relacionada con la sensación de haber fracasado en cumplir con los estándares sociales y personales (Paivio & Pascual-Leone, 2010).

El EFT (Emotion-Focused Therapy) es compatible en ciertos aspectos con los enfoques psicodinámicos de terapia breve, en cuanto se busca desbloquear las defensas que impiden el ingreso a las emociones primarias. Sin embargo, el trabajo interpretativo de los mecanismos de defensa no es parte del EFT porque se trata de un proceso puramente

cognitivo, y el EFT busca trabajar primero con las emociones primarias, para luego integrarlas con los altos procesos cognitivos (Paivio y Pascual-Leone, 2010)

Terapia Interpersonal TI

La TI fue desarrollada en los años 70 por Klerman y sus colegas (De Mello, Mari, Bacaltchuk, Verdeli & Neugebauer, 2005) para tratar casos de depresión, y consiste en un tratamiento de tiempo limitado enfocado en revisar las relaciones interpersonales actuales de la persona. Se pueden delinear tres fases del tratamiento: 1) evaluación de los síntomas y los aspectos relacionales, 2) desarrollo de estrategias para resolver un problema interpersonal, y 3) reconocimiento y consolidación de los logros terapéuticos (De Mello et al., 2005). En lugar de apuntar a los aspectos de la personalidad que subyacen al trastorno, este modelo busca aliviar los síntomas y las disfunciones sociales asociadas a la depresión (De Mello et al., 2005).

Una de las críticas a este enfoque viene del EFT. Según Greenberg y Watson (2008), las pérdidas, el cambio de roles o los problemas interpersonales no son los causales de la depresión, sino la experiencia afectiva del cliente frente a dichos eventos. En este sentido resultaría superficial trabajar únicamente sobre la sintomatología de la depresión, sin apuntar a los elementos más profundos de la experiencia. En un análisis sobre la TI, Watson y Greenberg (2008) proponen que la base de la depresión es la evocación de un *self* inseguro, mientras que las relaciones interpersonales son producto de esta dinámica (no la base). La autora de este documento considera que tanto los aspectos emocionales como los aspectos interpersonales son importantes en el tratamiento de la depresión mayor.

Terapia Cognitiva Conductual (TCC)

La TCC contempla que la depresión es producto de pensamientos e ideas distorsionadas sobre el mundo, la persona y su futuro (un constructo conocido como la triada cognitiva) (Beck, 1996), y que las emociones y los comportamientos están

influenciados por la manera en que la persona percibe y elabora las situaciones que vive (Beck y Ellis, 1995 en Beck, 1995). En otras palabras, las emociones no están determinadas por la situación en sí, sino por el significado que la persona confiere a la situación (Ellis, 1995 en Corey, 2009), por lo que se debe trabajar el aspecto cognitivo que subyace a la depresión para modificar las emociones (Beck, 1995). Los terapeutas hacen una conceptualización cognitiva de los pensamientos automáticos (aquellos que surgen espontáneamente), las ideas intermedias (actitudes, reglas o presunciones), y las creencias centrales, para tratar las patologías (Beck, 1995).

En cuanto a la cleptomanía, técnicas como la reestructuración cognitiva y el modelaje han resultado útiles (Grant, 2006; Khon & Antonuccio, 2002, en Khon, 2006). Se ha usado exitosamente la técnica de la sensibilización cubierta, en que se pide a la persona imaginar las consecuencias negativas de robar (ser arrestada) (Khon, 2006). Respecto al duelo complicado, se encontró un estudio sobre TCC realizado por internet, que consistió en exposición a los elementos difíciles asociados al duelo y ejercicios de reestructuración cognitiva (cuestionarios para refutar creencias y distorsiones) para restaurar la experiencia. (Wagner, Knaevelsrud & Maercker, 2007). Hubo un incremento significativo en el índice de Crecimiento Post-Traumático al finalizar las sesiones (Wagner et al., 2007).

Una de las fortalezas del TCC es la prevención de recaídas en pacientes deprimidos, logrando reducir este riesgo en un 29% después de un año y en un 54% dos años posteriores a la finalización de la terapia; superando los efectos de los medicamentos antidepresivos (Vittengl et al., 2007 en Bockting, 2010). Una de las críticas a este modelo viene del EFT (Greenberg & Watson (2008), que se ampliará a continuación.

Justificación del uso de Terapia Humanista para la Depresión

Si bien los aspectos cognitivos e interpersonales son parte de la depresión, es fundamental tratar las emociones que subyacen a estos elementos para lograr un cambio

profundo y permanente en la persona (Paivio & Pascual-Leone, 2010). Trabajar con las creencias centrales negativas es vital, pero si no se logra transformar los esquemas y las memorias emocionales, el cambio podría ser superficial (Greenberg & Watson, 2008). Los EE son estructuras formadas en base a las experiencias vida, que predisponen a las personas a actuar de cierta manera (Cain & Seeman, 2008). Parece ser que las personas con depresión tienen una gran proporción de memorias emocionales negativas relacionadas a un pasado más distante, en lugar de emociones asociadas únicamente a eventos recientes (Aglan, Williams, Pickles & Hill, 2010), como establece la TI.

El trabajo enfocado en las emociones resulta muy beneficioso para la depresión porque las emociones son una poderosa vía por la cual se puede transformar a los otros esquemas: cognitivo, neurológico, social (Greenberg y Watson, 2008). Según Greenberg & Watson (2008), el éxito terapéutico con personas deprimidas se da cuando la persona trae a la conciencia sus memorias emocionales dolorosas, logra simbolizarlas y transformarlas con otras emociones más adaptativas. Según Paivio & Pascual-Leone (2010), las emociones negativas no desaparecen simplemente porque transformamos la forma de interpretar un evento (como apuntan los terapeutas cognitivos), sino porque aparece una nueva emoción positiva que reemplace a la antigua. Uno de los principios básicos de la EFT es el hecho de que “la persona no puede abandonar un lugar si no ha aterrizado completamente en él” (Greenberg & Watson, 2009, p.7).

En cuanto a la efectividad de las terapias humanistas, vale notar que Carl Rogers fue el primero en realizar estudios sobre los procesos terapéuticos (Cain & Seeman, 2008). Esto abrió el campo para la investigación del éxito terapéutico y las condiciones básicas (empatía, autenticidad y autenticidad). Varios estudios validan la efectividad de la empatía (Truax & Krauft, 1973., van der Veen, 1967, en Cain & Seeman, 2008), de la aceptación incondicional (Gomes-Shartz, 1978., Truaz, 1965., Veen & Stooler, 1956, en Cain &

Seeman 2008), y de la alianza terapéutica (Adler, 1988., Eckert & Biernmann-Ratjen, 1990, Orlinsky et al. 1994, en Cain, 2008). Otros procesos que están fuertemente relacionados con la efectividad terapéutica son: La cantidad de dirección por parte del terapeuta en cuanto al proceso, la capacidad de experimentación profunda del cliente, el involucramiento del cliente en la terapia, las actitudes positivas hacia el proceso terapéutico, la capacidad de expresión del cliente en terapia (Cain & Seeman, 2008).

En base a una recopilación de estudios enfocados en el proceso (*process outcome research*) sobre EFT, se concluye que los elementos más asociados con un el éxito terapéutico son: 1) la experiencia emocional profunda (*depth of experiencing*) en etapas avanzadas de la terapia, 2) una activación emocional elevada a medio tratamiento, y 3) reflexión sobre las emociones experimentadas sumada a emociones intensas (Greenberg & Watson, 2008). Procesos que están menos relacionados con la efectividad terapéutica son: la autenticidad del terapeuta, la cantidad de dirección por parte del terapeuta en cuanto al contenido y la capacidad de auto-exploración del cliente en las etapas tempranas del tratamiento (Cain & Seeman, 2008). Frente a esto, se puede decir que las terapias para la depresión enfocadas en el proceso tienen mayores niveles de eficacia que las terapias enfocadas en el contenido (Greenberg & Watson, 2008).

Por otro lado, el reflejo de sentimientos (técnica de la Terapia centrada en el cliente que se describirá después) no es un factor que siempre predice éxito terapéutico, (Cain & Seeman, 2008) y la técnica Gestáltica de la silla vacía ha probado ser mucho más eficaz en comparación al reflejo (Greenberg & Dompierre, 1981, en Cain & Seeman, 2008). Los estudios de York I (Greenberg & Watson, 1998) y York II (Goldman, Greenberg & Angus, en Greenberg & Watson, 2008) muestran que al comparar Terapia Centrada en el Cliente con EFT en pacientes depresivos, la EFT muestra efectos superiores sobre la reducción de síntomas, problemas interpersonales y recaídas y aumento de autoestima. Únicamente un

40% de los pacientes del grupo Terapia Centrada en el Cliente resistieron una recaída de depresión, comparados a un 70% en el grupo de EFT (Greenberg & Watson, 2008).

Otra de las razones que justifica el uso de la terapia humanista para la depresión viene del *Focusing*, que se basa en la experiencia presente de las sensaciones sentidas en el cuerpo (*felt sense*) frente a un evento (Gendlin, 1996). Los resultados de 27 estudios de terapia humanista (Cain & Seeman, 2008) muestran que los niveles más altos de sensaciones sentidas están vinculados a un mejor desenlace terapéutico (Cain & Seeman, 2008), por lo que resultaría útil incorporarlas en el tratamiento de la depresión. El *Focusing* ha mostrado tener gran sustento a nivel fisiológico para explicar los procesos depresivos, en cuanto muchos clientes con depresión reportan sentir dolor físico y alteraciones psicósomáticas, además de que las vías por las cuales las personas se impactan de manera negativa ante los eventos tienen una gran base corporal (Greenberg & Watson, 2008). Sin embargo, la silla vacía de la Gestalt ha probado ser más efectiva que la aplicación independiente de Focusing (Cain & Seeman, 2008).

Una gran fortaleza del EFT para la depresión está en el sustento neuropsicológico de la teoría, proponiendo que el trabajo emocional podría ser la base del cambio (Paivio & Pascual-Leone, 2010). Damasio (2003) expone que cuando la persona experimenta un evento desagradable o traumático, lo primero que ocurre es la activación emocional, probablemente seguida de las interpretaciones cognitivas erróneas, dándose una suerte de activación cortical “abajo hacia arriba”, es decir desde los centros emocionales que están en la base del cerebro (amígdala) hacia los centros superiores cognitivos (córtex pre-frontal). De acuerdo Paivio & Pascual-Leone (2010), la capacidad de experimentar nuevas emociones y transformarlas es congruente con el principio de neuroplasticidad expuesto por Doidge (2007): cuando las personas desarrollan significados positivos de sus experiencias están cambiando el funcionamiento de sus neuronas, lo que a su vez los ayuda

a resolver problemas en el futuro. Esta información es de gran importancia para cualquier psicólogo interesado en fomentar un cambio integral en su paciente: neurológico, emocional, comportamental y cognitivo.

Es vital descubrir las emociones primarias (ira, miedo, alegría, asco, vergüenza) porque el trastorno depresivo mayor puede haberse originado en una disfunción emocional mantenida durante muchos años (Greenberg & Watson, 2008). Con esto, Greenberg & Watson (2008) no dejan a un lado a las cogniciones; más bien proponen que son vitales para integrar los procesos emocionales una vez que la persona ha explorado sus sensaciones y emociones. Power (2010) establece que las cogniciones y las emociones son parte de un proceso integrativo y que los psicólogos deben evitar el uso de modelos rígidos que exageran o minimizan la importancia de las emociones y/o las cogniciones. El modelo que desarrolló se denomina Terapia Cognitiva basada en las Emociones (Power, 2010).

Frente a los datos expuestos en esta sección, se considera que la Terapia Humanista es un válido tratamiento para la depresión, que puede ser integrado con efectividad a cualquier terapia cognitiva y/o interpersonal.

Justificación para el uso de la Danza Primal

Con el objetivo de hacer un trabajo integral completo (bio-psico-social) para la depresión es indispensable añadir al factor corporal, con su respectiva base neurofisiológica. Cuando el terapeuta aborda los síntomas y la raíz del problema desde varios caminos tiene mayores probabilidades de ser efectivo; y el cuerpo es tal vez la herramienta más poderosa para el trabajo terapéutico basado en el aquí y el ahora porque es el vehículo de las emociones y las vivencias. El cuerpo es el medio por el cual las personas experimentan amor, placer, iras, viajes, sensaciones, cambios de clima, dolor, separaciones, conversaciones, adrenalina, entre otros; por lo que dejarlo fuera de la terapia sería excluir un componente vital de la experiencia humana. En el presente estudio se

aplicó Danza Primal (DP); una práctica corporal-energética creada por Taroppio (2010). No existen estudios sobre la DP, por lo que la información presentada aquí es nueva y los libros que se citan son los únicos que existen. El sistema está formado por siete danzas, cada una asociada a un *chakra* y una capacidad básica (Taroppio, 2010). Taroppio (2010) aclara que no se trata de una danza coreográfica ni estética, sino de un sistema que podría liberar ciertos bloqueos energéticos y emocionales mediante posturas, movimientos y sonidos primales, arcaicos. La práctica se resume en:

CHAKRA	TIPO DE MUSICA	CAPACIDAD ASOCIADA	MOVIMIENTO CORPORAL
1 Raíz o bajo	Tambores (danzas guerreras)	Confianza básica	Pies
2 Pélvico	Caribeña, Polinésica, Zamba	Gozo, éxtasis	Cadera
3 Abdominal	Electrónica, música intensa	Emotiva y poder Personal	Abdomen
4 Cardíaco	New Age o música emotiva	Afectiva	Pecho, brazos
5 Laríngeo	Clásica, música con cantos fuertes	Inteligencia creativa, expresión	Garganta
6 Frontal	Oriental, delfines, océano	Intuitiva	Lentos, fluidos, estilo tai chi
7 Coronario	Cantos sagrados, música con mantras, silencio	Trascendencia	Cualquier postura de meditación

A continuación se presentan los resultados de varias investigaciones neuropsicológicas que ayudan a validar el uso de la DP (especialmente la danza 1, de tambores) en personas con depresión y/o duelo, y el sustento científico de los *chakras*.

Según Shang (2001, en Maxwell, 2009, p. 815) los *chakras* son “remanentes de centros organizativos embriológicos localizados en el sistema nervioso central”. En otras palabras, son lugares físicos ubicados en las partes del cuerpo que se originaron en las primeras etapas embrionarias, específicamente en el sistema nervioso autónomo (Maxwell, 2009). Según esta hipótesis, las personas pueden activar intencionalmente estos puntos (dado que están en el SNA, que es voluntario), lo que a su vez activa centros en el SNC, que pueden estimular al sistema endócrino (las hormonas y neuro-hormonas) (Maxwell, 2009). La evidencia presentada por estos estudios respalda y fortalece la propuesta de que

la DP puede sanar mediante la estimulación de *chakras*.

En cuanto a la danza, vale mencionar que ésta ha sido utilizada desde los orígenes de la humanidad como una forma de fortalecer la expresión y transformar las emociones (Jeong et al., 2005). Algunos ejemplos son la danza Sufi y los Sutras Koreanos (Blanc, 2010). Según Crowe (en Winkelman, 2011) escuchar, cantar, bailar y/o tocar un instrumento puede activar memorias emocionales reprimidas, y de acuerdo a Sacks (2008) esto ocurre porque las distintas tonalidades de la música ejercen un efecto poderoso sobre los centros cerebrales emocionales (sistema límbico) y la persona tiene la oportunidad de liberar emociones problemáticas inconscientes. En el caso de la DP, donde la persona emite sonidos, escucha música y danza, la catarsis emocional puede ayudar en la resolución de conflictos intra-psíquicos e interpersonales.

Por otro lado, la danza estimula la liberación de endorfinas (Friedman, 2000), que son neuro-hormonas relacionadas con la eliminación del dolor y la experiencia de placer (Carlson, 2006). En este sentido, la DP posibilita una experiencia placentera momentánea para las personas depresivas y/o con duelo complicado. También se ha visto que la danza puede aumentar la secreción de los neurotransmisores serotonina y dopamina (Winkelman, 2006), que están muy relacionados con la depresión mayor (Carlson, 2006). Una intervención de 12 semanas de danza terapia (*dance movement therapy*) realizada por Jeong et al. (2005) mostró un aumento significativo de serotonina en adolescentes con depresión moderada y una reducción notable en los síntomas depresivos y de estrés medidos por el SCL-90 (Jeong et al., 2005). Dadas algunas similitudes entre la danza realizada en el estudio y la DP, se puede plantear la hipótesis de que la DP puede aumentar los niveles de serotonina en personas depresivas.

La DP podría evitar recaídas de la depresión al actuar sobre el estrés (un factor de riesgo para la depresión) (Sarafino, 2008) porque facilita el ingreso a un estado alterado de

conciencia (EAC). El EAC obtenido por la danza de tambores se caracteriza por la sincronización de ondas cerebrales alfa y theta (Winkelman, 2011), que tienen mucho que ver con el bienestar y la euforia (Friedman, 2000). Quinn descubrió que tras una única sesión de tambores, aproximadamente de 30 minutos, las ondas alfa en pacientes hiper-vigilantes (pacientes que no pueden relajarse) se duplicaron (Quinn, en Friedman, 2000). La presencia de ondas alfa y theta también reduce los niveles de cortisol (hormonas que activan el eje del estrés: hipotálamo-pituitaria-adrenal) y desactivan indirectamente la actividad de los centros límbicos de ira y miedo (Winkelman, 2003).

Por otro lado, Blanc (2010) menciona que cuando las personas hacen danzas shamánicas de tambores, hay un descenso de actividad en el córtex pre-frontal, involucrado en las funciones ejecutivas altas. Esto podría explicar por qué las personas que experimentan un EAC se liberan de las normas sociales y los tabúes que han condicionado sus vidas, y se sienten mejor después de la danza (Winkelman, 2006). Según Friedman (2000), las personas que bailan y tocan tambores generalmente se están divirtiendo y están presentes en el aquí y el ahora. En vista de que las personas con depresión mayor no están disfrutando de la vida y suelen estar ancladas al pasado o al futuro (Greenberg & Watson, 2008), la DP podría ser efectiva para aliviar sus síntomas. Un estudio realizado por Bailey et al. (en "Drumming Reduces Stress", 2004) indica que la práctica de tocar y bailar al son de tambores disminuyó significativamente los síntomas de depresión y ansiedad en un grupo de trabajadores de un hogar para ancianos, y en un grupo de ancianos internos en un asilo (Hoban, 2005).

Un estudio realizado por Carbonnel-Baeza, Aparicio, Martins, Gatto-Cardia, Ortega, Huertas, Tercedor, Ruiz & Delgado-Fernandez (2010) mostró disminuciones significativas en la depresión de pacientes con fibromialgia (dolor crónico difuso originado en el SNC) mediante una intervención de Biodanza. Dadas las similitudes entre la Biodanza y la DP,

los resultados de este estudio son importantes para la aplicación de DP en pacientes depresivos y/o con dolor corporal. La Biodanza incluye varios tipos de música, y está basada en la vivencia de una potencialidad (International Biocentric Foundation, 2011); muy similar a la DP. Taroppio (2011) se inspiró en varios elementos de la Biodanza de Rolando Toro para crear la DP.

Se podría plantear la hipótesis de que la DP interviene en la plasticidad cerebral (capacidad del cerebro de hacer nuevas conexiones frente a la experiencia repetida). La persona que danza podría activar ondas y zonas de su cerebro (ya descritas) que le resultan completamente nuevas, pero con la práctica se vuelven habituales. La persona deprimida que danza y simula ser un guerrero (al hacer la danza 1 de la DP) podría poco a poco habituarse a esta nueva sensación de fortaleza, y usarla en su vida cuando le sea necesario; tal vez le ayude a salir de la cama en un día gris.

Este principio de habituación a comportamientos sanos también es congruente con la terapia denominada Activación Comportamental (AC) (*Behavioral activation*). La AC está basada en que las personas deprimidas mantienen ciertos síntomas y comportamientos (letargia, llanto) porque los han asociado con algún evento del entorno que les resulta positivo en un momento, pero negativo a largo plazo (Houghton, Curran & Eckers, 2011). Es vital que la persona se involucre en actividades que le proporcionen alegría y bienestar aunque al principio no perciba los beneficios (Mazzucchelli, Kame & Rees, 2010). La AC propone que al cambiar los comportamientos, cambian los síntomas depresivos, haciendo algo completamente distinto a lo que se ha venido haciendo porque irónicamente las personas se habitúan a sus síntomas depresivos (Houghton et al., 2011).

Danza Primal para personas con Cleptomanía

La aplicación de la DP para personas con cleptomanía podría justificarse en el hecho de que las sesiones de tambores (tocar y bailar) resultan efectivas para tratar el abuso de

sustancias (Winkelman, 2003). Dado que hay gran comorbilidad entre el abuso de sustancias y la cleptomanía, y debido a que ambos trastornos tienen como base el control de los impulsos (APA, 1994), el uso de la danza 1 (tambores) de la DP podría resultar efectiva para tratar la cleptomanía. El momento en que la persona está bailando y disfrutando de la danza, se activa el sistema de recompensa, y la persona libera dopamina (Blanc, 2010). Esto hace que la persona se sienta bien (no hay dolor), y quiera mantener ese estado placentero, e incluso buscarlo después. Es similar a lo que ocurre en las adicciones, sólo que con sustancias naturales del cerebro (Carlson, 2006).

Propósito del Estudio

Con el objetivo de servir de mejor manera a la cliente de este estudio de caso (que tiene depresión, cleptomanía y duelo), la autora diseñó un plan terapéutico bio-psico-social, que incluye distintos tipos de Terapia Humanista (con especial énfasis en el EFT) y el sistema de Danza Primal de Daniel Taroppio. Se incluyen varios aportes de la neuropsicología, en cuanto ayudan a aclarar los efectos logrados con estas prácticas y contribuyen a la creación de verdadero modelo de terapia integral.

Implicaciones para el diagnóstico

La palabra *diagnóstico* ha generado incomodidad en algunos terapeutas humanistas que lo visualizan como un proceso reduccionista y artificial (Sugarman, 1978), o como un método contrario al espíritu del trabajo basado en el aquí y el ahora (Woldt & Toman, 2008). Estas concepciones podrían deberse a una manera errónea de concebir al diagnóstico, en cuanto no se trata de una etiqueta rígida aplicada a la persona, sino una guía del proceso a seguir (Woldt & Toman, 2008). Los terapeutas Gestálticos, por ejemplo reúnen información del cliente para definir objetivos, y evalúan constantemente las fuerzas y debilidades de la experiencia que vive el cliente. El terapeuta Humanista no es de ninguna manera un “sabelotodo” ni un conocedor de la cura para el problema de la

persona, sino más bien se trata de un proceso de continua exploración entre el cliente y el terapeuta (Levin, 2010).

Además de esto, el terapeuta tiene que trabajar con otros profesionales en ciertas ocasiones, por lo que es resulta indispensable usar un lenguaje común que permita el diálogo claro entre las partes involucradas (Woldt & Toman, 2008). La herramienta diagnóstica más utilizada actualmente por los psicólogos para este fin es el DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) (APA, 1994). Woldt & Toman, (2008) mencionan que a pesar de que la lectura inicial de este manual puede resultar extraña para el psicólogo que trabaja con una metodología humanista, es fácil llegar a adaptarse y sacar provecho de la información expuesta en él.

Trastorno de Depresión Mayor y el DSM IV

De acuerdo al DSM-IV (1994), este trastorno se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos, hipomaníacos, ni episodios inducidos por sustancias o enfermedad médica. Los episodios no se explican mejor por otros trastornos mentales, como esquizofrenia o trastorno delirante (APA, 1995). La depresión mayor se distingue del trastorno distímico en base a la gravedad, cronicidad y persistencia de los síntomas (APA, 1995).

Para cumplir con el diagnóstico de un episodio depresivo mayor, la persona debe experimentar por lo menos cinco síntomas de una lista que comprende: 1) cambios importantes de apetito (pérdida o aumento del apetito en el día), 2) peso (alteración de más del 5 % del peso corporal en un mes), 3) sueño (insomnio o hipersomnias casi a diario), 4) actividad psicomotora (agitación o enlentecimiento ratificado por otros), 5) sentimientos de culpabilidad o inutilidad excesiva, 6) poca valoración personal, 7) falta de energía y/o fatiga 8) dificultad para concentrarse, tomar decisiones o excesiva indecisión (manifestada casi a diario), y 9) pensamientos recurrentes sobre muerte, ideación, planes o intentos de

suicidio (más allá del temor habitual hacia la muerte) (APA, 1994). Uno de estos síntomas debe ser la presencia de un estado de ánimo depresivo o la incapacidad de experimentar placer (anhedonia) en la mayoría de las actividades realizadas por la persona. Estos síntomas deben estar presentes la mayor parte del día, durante varios días, en un tiempo mínimo de dos semanas consecutivas, y son reportados por la persona que los experimenta o por un observador (APA, 1994).

En cuanto al curso de este trastorno, hay evidencia de que la sintomatología puede iniciar a cualquier edad, pero generalmente aparece en la mitad de la tercera década de la vida (APA, 1994). Sin embargo, las cifras apuntan a que la edad de inicio está disminuyendo con el pasar de los años (APA, 1994). Existe la probabilidad de un 50 a 60% de que la persona que ya tuvo un episodio del trastorno depresivo mayor tenga otro episodio en el curso de su vida; de un 70% si la persona ya tuvo dos episodios anteriores, y de un 90% si ya se han presentado tres episodios antes. (APA, 1994). En otras palabras, la persona que ha sufrido un episodio de depresión mayor tiene un alto riesgo de perpetuar los síntomas en otra ocasión.

Según el DSM IV (APA, 1994) una las razones por las que aparece el primer episodio es el estrés psico-social severo, como por ejemplo, un divorcio, o la muerte de un ser cercano. Sin embargo, estos motivos no suelen ser el precipitante del segundo o el tercer episodio (APA, 1994), lo que sugiere que las personas podrían manifestar sus síntomas por otros motivos en los episodios subsiguientes. Según Marije, Sanjay & Dennis, (2009), otro factor de riesgo para la aparición de la depresión mayor es la genética. Las cifras mostradas en el DSM IV (APA, 1994) apuntan a que el riesgo de padecer este trastorno es aproximadamente 1,5 veces mayor en los familiares de primer grado de las personas que sufren de esta condición. También hay evidencia de que los familiares de primer grado de personas con depresión mayor son más propensas a abusar del alcohol, y

los hijos de adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen mayor riesgo de tener depresión mayor (APA, 1994).

Prevalencia del Trastorno de Depresión Mayor

En Estados Unidos, la prevalencia anual de este trastorno es del 6,7% en la población adulta, y un 30,4% (2% de la población) de estos casos son clasificados como severos (Andrade et al., 2009). Un estudio realizado en Brasil indica que la prevalencia de vida para trastornos depresivos está entre 1,9 y 5,9 para hombres, y entre 3,8 a 14,5 en mujeres. En Chile, se estima que la prevalencia de depresión mayor es de 6,4 para hombres, y 11,3 para mujeres. Un estudio realizado con adolescentes de dos colegios del área sur de Santiago encontró un 13,9% de síntomas depresivos en hombres, y un 16,9% en mujeres (Minsal, 2006).

Existen pocos datos sobre la prevalencia de este trastorno en Ecuador: Morla Bolona, Saad de Janón y Saad (2006) analizaron 1.045 historiales clínicos de pacientes adolescentes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de Guayaquil en el transcurso de un año (2000-2001). La patología más encontrada correspondió diferentes trastornos depresivos (22,9%), la mayoría relacionados a familias desestructuradas. Un 25% de los casos fueron hombres y un 75% mujeres. Otro estudio realizado por Moreno, D.S (2008) encontró que, de una muestra de 85 aspirantes a entrenamiento militar de las Fuerzas Armadas del Ecuador, un 51,8% calificaron para depresión, siendo ésta leve en el 95,4% de los casos y moderada en el 4,6% de los casos.

Se estima que las mujeres tienen un 70% más de probabilidades de tener depresión mayor en el transcurso de la vida que los hombres (National Institute of Mental Health, 2005). De acuerdo a Accort et al. (2008) esta diferencia se refleja en la incidencia y no en la cronicidad, ya que las mujeres parecen tener mayor riesgo de tener nuevos episodios de depresión, pero con similar gravedad y duración a los episodios de los hombres. Los

factores de riesgo asociados a la mayor incidencia en las mujeres son: estar casada, tener niveles educativos altos, y vivir en áreas suburbanas, pero no queda claro si las diferencias de género se deben a un sesgo durante el diagnóstico, a las expectativas de los profesionales, o al hecho de que las mujeres reportan sus síntomas y buscan ayuda con mayor frecuencia que los hombres (Accort et al., 2008).

Consecuencias y Riesgos asociados al Trastorno de Depresión Mayor

Si bien muchas personas sienten tristeza o melancolía en diferentes momentos de sus vidas, la depresión mayor es un trastorno grave en cuanto presenta síntomas severos y de larga duración relacionados con una pérdida del rumbo en la vida y esperanzas positivas hacia el futuro (Sarafino, 2006). Las personas con este trastorno podrían sentirse culpables, fracasadas y/o indignas de amor, lo que predispone a muchos hacia el suicidio (Greenberg, Mosher, Goldsmith & Stiles, 2000). Según Chen y Disalver, en Carlson (2006), el 15,9% de las personas con depresión unipolar (sin episodios de manía) intentan quitarse la vida, y se ha establecido que la tasa de muerte por causas no naturales en personas depresivas es 28,8 veces más alta que en la población general (Schneider, Muller y Phillip, en Carlson, 2006).

Cleptomanía y el DSM IV

La cleptomanía es una condición que, en el DSM IV, se encuentra bajo el título “trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados”. El DSM IV (APA, 1994) define a la cleptomanía como la dificultad recurrente en resistir los impulsos por robar objetos que no son indispensables para vivir. Los criterios diagnósticos para este trastorno son: A) La persona experimenta tensión o activación creciente ante la idea de robar, B) La persona tiene una sensación agradable, o de liberación cuando comete el acto, C) La persona no roba por venganza, ira, delirios o alucinaciones, D) El acto de robar no se explica mejor por la existencia de un trastorno disocial, un episodio de manía, o un trastorno antisocial de la personalidad, E) La persona roba a pesar de que los objetos le

representan poco valor personal, podría tener los medios para obtenerlos, y con frecuencia no los utiliza, los acumula o se deshace de ellos. La persona evita robar si es probable que sea arrestada pero no planifica su acto y no involucra a otros (APA, 1994).

El diagnóstico únicamente se establece cuando se han cumplido todos o casi todos estos criterios (APA, 1994) pero no hay claridad sobre cuáles criterios son claves. Se descartaría el diagnóstico en el caso de adolescentes que quieren robar como un acto de rebeldía o libertinaje y personas que aparentan ser cleptómanos para protegerse de un juicio legal por un robo deliberado (APA, 1995). La persona con cleptomanía percibe que el impulso de robar es un acto equivocado, por lo que la experiencia le parece incongruente consigo mismo (ego-distónica) (APA, 1995). En cuanto al curso del trastorno, se distinguen tres posibilidades: a) esporádico (con episodios breves y períodos de remisión largos), b) episódico (con períodos de robo prolongados y períodos de remisión), y c) crónicos (con cierto grado de fluctuación) (APA, 1994).

Prevalencia y Comorbilidad de la Cleptomanía con otros Trastornos

De acuerdo al DSM IV (APA, 1994), la cleptomanía es un trastorno poco frecuente, presentándose en menos del 5% de los ladrones de tiendas identificados. Se estima que es dos o tres veces más común en mujeres, y algunos investigadores han encontrado una relación entre los actos de cleptomanía y los períodos menstruales o premenstruales (Dannon et al., 2006). Sin embargo, la Asociación Nacional para la Prevención contra el Robo en Tiendas estima que los hombres tienen iguales probabilidades de robar que las mujeres, y aproximadamente 1 de cada 11 personas han robado algún objeto en una tienda comercial durante su vida (Grant, Odlaug, Davis & Suck, 2009). Vale aclarar que el robo en tiendas no es igual a la cleptomanía: En el primer caso la persona podría o no tener una necesidad económica o motivacional, mientras que la persona con cleptomanía roba objetos sin importar su valor monetario o personal (Grant et al., 2009). Según Öncü et al.

(2009), las estadísticas se han centrado en los ladrones de tiendas llevados a corte, y apuntan que dentro de esta población, la incidencia podría ser de 3,8 a 24%, pero disminuye a 0,6% en la población general. Grant et al., (2009) realizaron un estudio en estudiantes universitarios, de los cuales un 28% admitieron haber robado por lo menos un objeto en sus vidas, pero sólo un 0,4% cumplen con los criterios diagnósticos de cleptomanía.

Öncü et al. (2009) señalan que la baja prevalencia de cleptomanía podría deberse a: a) que el robo es considerado un acto antisocial, b) no se hace un cuestionamiento adecuado de esta condición durante las entrevistas psiquiátricas, y /o c) los criterios del DSM IV dificultan el diagnóstico diferencial porque no son claros. Grant et al. (2006) agregan que la Entrevista Clínica Estructural del DSM IV (una herramienta muy utilizada para el diagnóstico) no posee un módulo para la cleptomanía. Frente a esto, Grant, Suck y McCabe (2006) diseñaron un instrumento diagnóstico para esta condición, que aclara los criterios del DSM IV y puede resultar muy útil.

Grant et al. (2006) afirman que si se toman en cuenta factores como la comorbilidad con otras condiciones, y la prevalencia del trastorno en poblaciones psiquiátricas, el índice de cleptomanía podría ser mucho mayor. Un estudio realizado por Grant et al (2005), en Grant et al. (2006), muestra que de 204 adultos hospitalizados en Estados Unidos por trastornos psiquiátricos, un 7,8 poseen síntomas de cleptomanía, y un 9,3% obtuvieron un diagnóstico indicando una vida con cleptomanía. Un estudio francés realizado por Lejoyeux et al. (2002), en Grant et al. (2006) confirma estos resultados, indicando que de una muestra de 107 pacientes internados por depresión, un 3,7% obtuvieron un diagnóstico de cleptomanía, y de una muestra de 79 pacientes con alcoholismo, un 3,8 obtuvieron el diagnóstico. Hudson y Pope (en Dannon et al.,2006) propusieron que la cleptomanía guarda gran relación con los trastornos del estado de ánimo, de la alimentación, desorden

de pánico, y el trastorno obsesivo-compulsivo. Esta información resulta importante para este estudio de caso pues la paciente que se trató presenta comorbilidad entre el trastorno de depresión mayor, cleptomanía, y duelo.

Consecuencias y Riesgos asociados a la Cleptomanía

Grant, Suck y Grosz (2003) establecen que las personas con cleptomanía pueden sufrir del dolor emocional, la culpa y la humillación ocasionada por los arrestos reincidentes y/o descubrimientos del robo por otros (Grant et al. (2003) afirman que el diagnóstico de cleptomanía está asociado con deterioro funcional grave, alto riesgo de hospitalización psiquiátrica y suicidio. Además del deterioro emocional, la cleptomanía repercute gravemente en el sistema económico y legal (alto nivel de arrestos y aprisionamientos): Se cree que aproximadamente un 64-87% de las personas con cleptomanía han sido arrestadas en algún momento, y un 15-23% de las personas que han buscado ayuda por la cleptomanía han pasado tiempo en la cárcel como producto de robos en tiendas comerciales (Grant et al., 2009).

Duelo y el DSM IV

Según el DSM IV (APA, 1994), el diagnóstico de duelo puede ser utilizado cuando el foco de atención clínica es la reacción de la persona ante la muerte de un ser querido. La persona podría presentar síntomas característicos del trastorno de depresión mayor en respuesta a su experiencia de pérdida, por ejemplo: insomnio, tristeza, problemas alimenticios y/o pérdida de peso (APA, 1994). De acuerdo al Harvard Mental Health Letter (2006), aproximadamente un 50% de mujeres y hombres viudos tienen síntomas característicos de la depresión mayor durante los primeros meses que subsiguen a la muerte de su ser querido. Únicamente se establece un diagnóstico de trastorno de depresión mayor si la persona mantiene los síntomas depresivos 2 meses después del duelo (APA, 1994). Por lo general, las personas en duelo consideran que su estado de ánimo

depresivo es normal, pero la manifestación e intensidad de los síntomas varía significativamente dependiendo del entorno cultural (APA, 1994) y de las creencias religiosas, por lo que es indispensable que el psicólogo evalúe detenidamente estos ámbitos.

A fin de diferenciar el trastorno de depresión mayor del trastorno de duelo, el DSM IV propone los siguientes criterios para identificar el duelo complicado: 1) Culpa por las cosas (más que por las acciones) recibidas o no recibidas el momento en que la persona querida murió, 2) Los pensamientos y deseos de haber muerto junto a la persona querida son más fuertes que las ganas de vivir, 3) La persona se siente inútil, y presenta una preocupación excesiva, 4) Hay una disminución notoria de la rapidez y capacidad psicomotora, 5) Hay un deterioro severo y prolongado en las funciones de la persona, 6) Alucinaciones distintas a la experiencia de escuchar una voz o ver imágenes de la persona que murió (APA, 1994).

El espacio dedicado al duelo ocupa menos de una página en el DSM IV y no se mencionan los criterios diagnósticos para diferenciar una reacción de duelo “normal” de una reacción “complicada” (Worden, 2009). Según Worden (2009), los esfuerzos por incluir una definición diagnóstica en el DSM IV ha tomado más de una década: Se han usado términos como duelo complicado, anormal, traumático, y/o prolongado, y no existe claridad en cuanto al tiempo que debe transcurrir desde la muerte del ser querido y la intensidad de los síntomas experimentados (Worden, 2009). Unos profesionales proponen que deben ser dos meses, otros establecen 6 meses, y otros piensan que un año es un tiempo adecuado (Worden, 2009). Según Horowitz (en Worden, 2009), es indispensable que se incluya un diagnóstico formal de duelo en el DSM-V, y Worden (2009) añade que si bien el duelo complicado guarda gran relación con la ansiedad, la depresión y el trauma, tiene elementos característicos, que requieren de un diagnóstico específico. Para propósito de este ensayo se utilizará el término “duelo complicado”.

Prevalencia del Duelo Complicado

Un artículo que recopiló información de 61 estudios sobre personas que experimentan duelo señala que aproximadamente 10 a 15% de las personas tienen problemas procesando la pérdida hasta varios meses o años después (Neimeyer & Currier, 2009). Según Neimeyer (en Collier, 2011), un porcentaje significativamente menor (no se aclara cuál es la cifra) de estas personas sienten haber perdido por completo el rumbo de sus vidas, no encuentran los recursos para sentir placer por vivir, involucrarse en nuevas oportunidades, y/o construir relaciones sociales placenteras después de la pérdida. Sin embargo, Collier (2011) aclara que la mayoría de las personas que experimentan una pérdida por duelo no necesitan acudir a terapia y las personas que sí lo hacen, obtienen grandes beneficios de la terapia. Se cree que las personas que más necesitan terapia de duelo son los padres y hermanos de niños que han fallecido en cuidados hospitalarios (Collier, 2011).

Consecuencias y Riesgos asociados al Trastorno de Duelo

Worden (2009) establece que las personas con duelo complicado pueden eventualmente desarrollar un trastorno clínico, diagnosticable por el DSM IV. Estos trastornos pueden ser: depresión, ansiedad, fobias (con especial atención a la agorafobia), estrés post traumático (PTSD), manías, y alcoholismo y/o abuso de sustancias. Un estudio realizado por Jacobs, Hansen, Kasl, Ostfeld, Berkman y Kim (en Worden, 2009), encontró que un 40% de sus participantes (viudas) reportaron un episodio del trastorno de ansiedad en algún momento durante su primer año de duelo. Las fobias vinculadas al duelo generalmente tienen que ver con un miedo a la muerte, y la agorafobia es común en casos de viudas que temen salir solas de casa (Worden, 2009).

Si existe comorbilidad con el abuso de sustancias, es importante identificar si el problema apareció como consecuencia del duelo y los terapeutas deben trabajar en

conjunto con expertos en adicciones (Worden, 2009). Worden (2009) menciona que el PTSD podría aparecer como resultado de personas que sobrevivieron un accidente en el cual murió un familiar o en casos de muertes trágicas, y también podría darse el caso de personas que reactivan un trauma pasado tras la muerte de la persona querida.

Aspectos Neuropsicológicos

Es bien sabido que los psicólogos intervienen sobre el nivel psico-social del paciente, pero no está concebido que también pueden actuar sobre el nivel neurológico. El paradigma actual concibe a los psicólogos como profesionales encargados de trabajar con las emociones y el comportamiento y a los psiquiatras como profesionales capacitados para modificar sustancias en el cerebro de sus pacientes en el intento de modificar conductas. La autora de este ensayo sugiere que los psicólogos pueden ayudar a que sus pacientes modifiquen la actividad de sus neurotransmisores, y hasta cierto punto, la anatomía de su cerebros a través de la psicoterapia. Resulta revolucionario plantear esta posibilidad para el tratamiento de la depresión, la cleptomanía y el duelo.

Un buen ejemplo de cómo ha sido aplicada la neurociencia actual a la psicoterapia está descrito por Fishbane (2007). Este autor explica cómo los psicólogos pueden beneficiarse enormemente al comprender que los cerebros de sus pacientes están diseñados anatómicamente para adaptarse al entorno y relacionarse con otros. Este autor menciona que la personalidad, las preferencias y las estrategias de supervivencia humanas son instauradas desde muy temprana edad en el cerebro de las personas, y aunque es difícil cambiarlas, no es una misión imposible (Fishbane, 2007). En este sentido, los psicólogos clínicos pueden ayudar a modificar ciertas actitudes, preferencias o formas de vida en los clientes que atienden, lo que viene a ser una forma de plasticidad cerebral. Por plasticidad se entiende a la capacidad que tiene el cerebro de formar nuevas sinapsis cerebrales (un nuevo cableado) cuando se realiza una actividad de manera repetida, un concepto que está

basado en el postulado de Hebb: “neuronas que se cablean juntas, disparan juntas” (Bear, Connors & Paradiso, 2008).

Etiología y Aspectos Neuropsicológicos de la Depresión Mayor

Esta depresión mayor es un fenómeno multifactorial, causado por el impacto acumulativo de factores genéticos, ambientales, y neurobiológicos (Marije aan het, Sanjay & Dennis, 2009). Ejercen gran influencia las experiencias dolorosas de la infancia, y el estrés agudo o crónico en la edad adulta, pero los factores no son deterministas; actúan a manera de predisposición. Si bien no se ha identificado un gen específico responsable de la depresión, el DSM IV (1995) menciona que el riesgo de padecer este trastorno es aproximadamente 1,5 veces mayor entre los familiares de primer grado. Los genes también influyen sobre la sensibilidad de las sinapsis a estresores ambientales (Marije et al., 2009), lo que podría explicar por qué las personas depresivas suelen tener una hipersensibilidad a los estímulos ambientales estresantes.

De acuerdo a Accortt et al. (2008), los hombres que han sufrido abuso de niños tienden a desarrollar habilidades de afrontamiento que los protegen de sufrir depresión cuando adultos (resiliencia), mientras que las mujeres tienden a ruminar (pensamientos negativos repetitivos), y proponen que esto podría estar relacionado a los ciclos hormonales femeninos. Se piensa que durante los años de desarrollo, una mayoría de mujeres desarrollan más sus estrategias verbales para afrontar situaciones difíciles (como la ruminación), mientras que los hombres utilizan más estrategias que involucran actividad física (Accortt et al., 2008). La ruminación activa centros cerebrales en el hemisferio izquierdo, mientras que la actividad física activa centros del hemisferio derecho, lo cual es importante porque la activación del hemisferio posterior izquierdo está correlacionada con la vulnerabilidad hacia la depresión (Accortt et al., 2008).

Por otro lado, se cree que hay una relación importante entre los niveles bajos de los neurotransmisores dopamina, serotonina y noradrenalina y la presencia de síntomas depresivos (Carlson, 2006). La noradrenalina está involucrada en el aumento de la atención a los eventos del entorno, la dopamina interviene en el movimiento, la atención, el aprendizaje, y los aspectos reforzadores que explican las adicciones (sistema de recompensa), y la serotonina está implicada en la regulación del estado de ánimo, las emociones, el sueño, el control de la ingesta de alimentos, el nivel de activación ante los estímulos del entorno, y en la regulación del dolor (Bear, Connors & Paradiso, 2008),

Estudios realizados en animales bebés que no fueron criados por sus madres (ambiente estresante) muestran anomalías en el sistema de serotonina y en el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal, un eje fisiológico clave en la regulación del estrés (Accortt et al., 2008). El estrés puede activar el sistema hipotálamo-pituitaria-adrenal, que a su vez genera estados de alerta y miedo (Carlson, 2006), lo que explica por qué las personas con depresión mayor tienen muy presente la emoción de miedo (Greenberg & Watson, 2008). Las alteraciones crónicas del sistema de respuesta al estrés durante la niñez y la adolescencia podría explicar por qué las personas muestran respuestas exageradas a estímulos negativos de bajo impacto cuando adultos (Accortt et al., 2008).

De acuerdo a Marije et al (2009), la amígdala (estructura del sistema límbico involucrada en los procesos afectivos, el aprendizaje al miedo, y la experiencia de emociones negativas) percibe las amenazas del entorno, y aumentan los niveles de dopamina en el córtex pre frontal. Normalmente, el organismo se auto regula cuando ya no se percibe amenaza, pero en casos de estrés crónico, este sistema se altera (Marije et al., 2009), lo que podría explicar por qué las personas deprimidas maximizan los estímulos negativos leves. Un aspecto que puede generar gran asombro es que la depresión severa y crónica puede causar cambios estructurales en el cerebro (Frodl et al., 2009). Por un lado,

puede atrofiarse el sistema hipotálamo-pituitaria-adrenal, provocando cambios estructurales en la amígdala y el córtex pre-frontal (Marije et al., 2009) viéndose afectada la regulación de las emociones y la integración cognitiva de la experiencia (Carlson, 2006). Otros estudios de imaginería cerebral indican que las personas que sufren de episodios depresivos recurrentes tienen un hipocampo más reducido, lo que podría explicar la disfunción de la memoria (Carlson, 2006).

Etiología y Aspectos Neuropsicológicos de la Cleptomanía

Según Dannon, Aizer & Lowengrub (2006) no se ha identificado claramente la etiología de la cleptomanía y existen pocos estudios sobre las posibles causas biológicas, que podrían ser: trauma craneal, daño en el lóbulo frontal, o demencia. Dannon (2002) señala que se ha ligado a la cleptomanía con una posible alteración en el sistema de serotonina del cerebro, por lo que en muchas ocasiones se han usado con éxito medicamentos inhibidores de la recaptación de serotonina SSRI (un ejemplo es la fluoxetina). La intención tras usar estos fármacos es que en algunas ocasiones han sido efectivos para el tratamiento de trastornos asociados al control de impulsos, la depresión y el trastorno obsesivo compulsivo (Dannon, 2002). En vista de que los SSRI no resultan efectivos en todos los casos, se han usado opiáceos, medicamentos ansiolíticos y terapia electro-convulsiva (Durst et al., 2001). El medicamento más usado actualmente es el antagonista opiáceo *naloxone*, considerado útil en la reducción de síntomas relacionados al control de impulsos (Dannon et al., 2006).

Grant & Kim (en Kohn, 2006) proponen que la cleptomanía es producto de una compleja interacción entre elementos neuroquímicos y condicionamiento clásico y operante: el individuo se habitúa al deseo o acto de robar debido a la satisfacción (recompensa) que experimenta, lo cual a su vez provoca cambios en el cerebro. Esta visión sería consistente con la teoría de la activación del centro de recompensa, donde interviene

la dopamina (Sarafino, 2008), que a su vez es el mecanismo cerebral más utilizado para explicar las adicciones (Carlson, 2006).

Kohn (2006) establece que en varios pacientes con cleptomanía es posible identificar pensamientos distorsionados del estilo “soy más inteligente que el resto”, “ya van a ver como logro salirme con la mía”, “se lo merecen”, o “quiero demostrarme a mí mismo que puedo hacerlo”. Sin embargo, es imposible establecer una relación de tipo causal entre pensamientos y la cleptomanía, en cuanto podrían ser producto de baja autoestima, depresión y/o inhabilidades sociales (Kohn, 2006). Una de las versiones más antiguas sobre el origen de la cleptomanía viene del modelo psicodinámico, indicando que se trata de una forma de reaccionar ante la depresión que subyace al trastorno (con comportamientos que involucran riesgo) (Fishbain, 1987).

Grant et al. (2003) subrayan que el estrés podría ser otro factor de riesgo para la cleptomanía, por lo que estudiaron el grado de estrés en 16 personas con diagnosticadas con cleptomanía consecutiva. Sus resultados indican que hay un alto nivel de estrés en estas personas, medido por el PSS (*Perceived Stress Scale*), y notaron que cuando disminuían los episodios de robo, y los impulsos por robar (medidos por el K-SAS *Kleptomania Symptom Assessment Scale*), disminuía el estrés y también los síntomas de depresión (medidos por el HDRS *Hamilton Depression Rating Scale*). Grant et al. (2003) establecen que cuando las personas dejan de robar, y evitan ser arrestados, disminuye su vergüenza, culpa y humillación, disminuyendo a la vez el grado de estrés, posiblemente debido a que la persona no experimenta la descarga de adrenalina asociada con el acto de robar. Los autores (Grant et al., 2003) aclaran que aunque parece haber una relación entre estrés y cleptomanía, es imposible establecer si el alto grado de estrés en la vida provoca la cleptomanía, o si la dificultad en controlar los impulsos, y las consecuencias (arrestos, humillación) desencadenan el estrés.

Factores de Riesgo y Aspectos Neuropsicológicos asociados al Duelo Complicado

En vista de que no todas las personas que experimentan la muerte de un ser cercano desarrollan duelo complicado (Worden, 2009) es indispensable revisar los factores que contribuyen a esta situación. El riesgo de tener un duelo complicado depende de los elementos circunstanciales inmediatos a la muerte y el fondo en el cual ocurren (Harvard Mental Health Letter, 2006). Worden (2009) establece que las personas que tuvieron una relación ambivalente, dependiente o distante con el fallecido tienen el peor pronóstico, al igual que las muertes traumáticas, prematuras, súbitas, violentas o inesperadas.

Se piensa que las personas que tuvieron experiencias de duelo complicado (por muerte de un ser cercano) en el pasado también tienen dificultades procesando la pérdida presente (Worden, 2009). Según el Harvard Mental Health Letter (2006), el riesgo de tener duelo complicado se relaciona con la incapacidad de procesar pérdidas de todo tipo: las personas que no pudieron afrontar pérdidas pasadas (rupturas afectivas, desilusión, enfermedad) de manera positiva tienen mayor riesgo debido a que no poseen o no usan estrategias adecuadas de afrontamiento. Algunos estudios longitudinales indican que las personas con duelo complicado tuvieron vínculos afectivos inseguros con su madre (Pincus, en Worden, 2009), y/o padres inmaduros, incompatibles e inconsistentes (Worden, 2009).

Según el Harvard Medical Letter (2006), el duelo complicado es un trauma, y varios estudios realizados con personas que tienen PTSD indican que hay mayor riesgo de tener un PTSD si la persona: percibe que sus reacciones ante el evento traumático reflejan debilidad, no percibe apoyo de otros, cree que va a perder su cordura si piensa mucho en el evento, o tiene pensamientos rumiantes de cómo se puede haber prevenido el incidente. Estos mismos elementos se aplican al duelo complicado, siendo más propensas aquellas personas que tienen un historial de depresión, trastornos de ansiedad y/o trastornos de la personalidad (Harvard Mental Health Letter, 2006). Worden (2009) añade que las muertes

más difíciles de procesar y/o requieren intervenciones terapéuticas específicas son aquellas: a) consideradas tabú (suicidio), 2) negadas socialmente (cuando la persona o la familia actúa como si no hubiera pasado nada), y 3) la falta de apoyo social.

A nivel neurológico, se cree que el duelo está relacionado con la activación del córtex cingulado posterior, un área involucrada en la memoria autobiográfica y las emociones (O'Connor, 2005). Panksepp y Watt (2011) indican que ésta zona, junto a un sistema cerebral que denominaron *PANIC/GRIEF* (PÁNICO/DUELO), son los mecanismos involucrados en la sensación de dolor profundo que reportan las personas con duelo. Los autores establecen que las sensaciones de pánico y duelo ante la pérdida son una manifestación de la ansiedad de separación (Bowlby) que experimentan las personas; un sistema neuro-emocional que cumple principios adaptativos para la especie humana.

Un estudio realizado por Gundel et al. (en O'Connor, 2005) utilizó imaginería de resonancia magnética en personas que experimentaban duelo reciente (menor a 6 meses), y se les entregó una foto del ser fallecido además de una palabra evocativa (funeral, nostalgia, muerte). Además de la activación del córtex cingulado anterior, cuándo se les preguntaba a las personas cómo se sentían decían cosas como “siento el corazón roto”, “tengo punzadas de dolor” (O'Connor, 2005, p. 910). Estas sensaciones corporales son vitales para lograr una comprensión neuropsicológica integral del duelo, donde influyen: la memoria, las emociones, las cogniciones, y los elementos psicósomáticos (O'Connor (2005). Las sensaciones corporales en las personas con duelo son importantes en la terapia Focusing, pues ayudan a transformar la desesperanza en tristeza adaptativa (Gendlin, 1996).

Modelos de Terapia aplicados en el Estudio de Caso

Terapias Humanistas y la Terapia Centrada en el Cliente

Estas terapias emergieron en 1940 cuando Carl Rogers inició una escuela de

pensamiento basada en asistir a las personas en su propio proceso de crecimiento y en las emociones (Cain & Seeman). Esta visión incorpora el concepto de autorrealización, que es la capacidad-tendencia innata que tienen las personas de desarrollar su potencial y su *self* (su verdadero yo), y el holismo, que es la visualización de la persona como un “todo” indivisible”: su *self* físico y emocional son inseparables (Corey, 2009). La depresión vendría a ser una incongruencia entre el *self* y el *self* ideal (lo que quisiera ser), por lo que un foco de terapia sería trabajar este aspecto.

El humanismo incluyó los aportes de la fenomenología, que es la exploración de la experiencia y su significado, el énfasis en el “aquí y el ahora”, y los aportes de varios psicólogos (Rollo May, Otto Rank Alfred Adler, Virginia Satir, Viktor Frankl) y filósofos (Sartre, Karl Jaspers). Según Rank, la neurosis (y posiblemente la depresión) es una dificultad en crear voluntariamente el *self*, mientras que para Adler el desarrollo del *self* no es suficiente para la autorrealización, sino también un genuino interés por los demás y la superación de sentimientos de inferioridad (Corey, 2009). En este sentido, las personas con depresión podrían beneficiarse de participar en alguna labor altruista.

La terapia existencialista, desarrollada por Viktor Frankl, Rollo May, Irvin Yalom (entre otros) apunta a la búsqueda de sentido, reconociendo la libertad (no es una libertad absoluta) de escoger el camino y la responsabilidad que viene de ello (Corey, 2009). Las personas deprimidas se pueden beneficiar de ver que, en lugar de ser llevados por el río de la vida (sin control), son activos en su construcción de los eventos. La logoterapia de Viktor Frankl, contempla que la falta de sentido es la causa de las psicopatologías, por lo que es vital fortalecer las actitudes que brindan sentido, incluso en las situaciones más difíciles (Corey, 2009). Este punto es vital para el tratamiento de la depresión, el duelo y la cleptomanía, porque muchos pacientes no le encuentran sentido a su realidad (Sarafino, 2008); incluso es posible que sus comportamientos destructivos (robar, aislarse, negación

de la muerte) sean una forma mal-adaptativa de encontrar sentido. También es necesario enfrentar los mitos sobre la vida y/o la muerte y explorar la ansiedad existencial (inherente a todos los humanos), o aquella que puede haber surgido de una separación (Corey, 2009).

Para el humanismo, la relación terapeuta-cliente (alianza terapéutica) es el elemento terapéutico más poderoso y facilitador de cambio, y está basado en tres condiciones que son suficientes y necesarias: 1) Aceptación incondicional: es la radical aceptación del cliente, 2) Empatía: es el deseo genuino de comprender y comunicar la experiencia del cliente: “entrar en su mundo”, facilitándole enfoque y claridad de sus estados emocionales 3) Autenticidad: el terapeuta es genuino y transparente, se permite mostrarse tal cual es (Corey, 2009). La empatía y la aceptación incondicional son vitales para el tratamiento de la depresión pues varios clientes reportan estar tristes por falta de aceptación o incompreensión (de padres, pareja) (Greenberg & Watson, 2008).

Desde el punto de vista humanista, la ansiedad es una parte inevitable de la vida que se presenta por la incertidumbre, el control limitado, o por oportunidades perdidas (Corey, 2009). Es un sistema de alerta que da aviso sobre peligros reales o imaginarios para el *self*, por lo que es necesario aceptarla y aprender de ella para construir formas de vida más libres (Corey, 2009). Dada la gran comorbilidad entre la depresión y la ansiedad (APA, 1994), las personas depresivas, podrían beneficiarse mucho de esta visión de la ansiedad para construir algo adaptativo de ella.

La Terapia Centrada en el Cliente se basa, como su nombre lo indica, en la persona, confiando en su capacidad intrínseca para crecer y solucionar sus problemas (Cain & Seeman, 2008). Rogers pensaba que la mayoría de las terapias estaban centradas en lo que el terapeuta asume de su cliente; y propone no aconsejar, interpretar o persuadir al cliente a seguir una vía de acción (Corey, 2009). Sin embargo, varios estudios mostraron que un mínimo grado de dirección resulta más efectivo que la terapia no directiva (Greenberg

&Watson, 2008), por lo que la Terapia Centrada en el Cliente evolucionó hacia un modelo que incluye varias respuestas terapéuticas: 1) La aceptación: para informar al cliente que el terapeuta está presente, 2) La clarificación de sentimientos: confirmar con el cliente si lo que el terapeuta está entendiendo es lo que el paciente experimenta, 3) El reflejo, que es devolver la información recibida del cliente a fin de que éste pueda percibir con mayor claridad lo que está comunicando, 4) La especificidad de las verbalizaciones abstractas del cliente, 5) El silencio, 6) la interpretación, que va más allá de la clarificación porque el terapeuta añade algo de sí mismo, 7) La confrontación: subrayar las discrepancias del cliente entre lo que dice y lo que hace, y la 8) Inmediatez, que es aterrizar la narración del cliente al presente (Cain & Seeman, 2008).

Terapia Gestalt

Fue creada por Friedrich Perls, desarrollada por Goodman, Yontef y otros, y tiene como elementos centrales el “darse cuenta” y el “aquí y el ahora. En el caso de las personas con depresión, que suelen ver todo como una gran mancha gris, el rol del terapeuta es ayudar a que la persona entre en contacto con aquello que es importante para ella, y lo convierta en figura. Contacto es la capacidad de sentirse a sí mismo y al entorno, figura es el aspecto en el cual la persona fija su atención y energía (problema, sensación o pensamiento), fondo es el contexto en el cual se da la figura (familia, relaciones pasadas), y campo es el espacio en el cual todas estas interacciones ocurren (Woldt & Toman, 2007). Según Lewin (en Woldt & Toman, 2007), el campo siempre está en movimiento: nuevas figuras emergen mientras otras regresan al fondo.

El terapeuta facilita un darse cuenta (cognitivo, afectivo y sensorial) de lo que es significativo para el cliente a través de experimentos, dramatizaciones, juegos, etc (Woldt & Toman, 2007). Una persona deprimida puede experimentar su *self* real si se contacta de manera de emocional y presente con sus necesidades, deseos, memorias, y relaciones

pasadas no resueltas (Levin, 2010). El proceso de contacto del *self* con el entorno, llamado también “ciclo de la experiencia” tiene cuatro etapas: 1) Pre-Contacto: emergen los impulsos y se transforman en emociones, 2) Contacto: transformación de la energía en movimiento, 3) Contacto final: consumación del contacto y obtención de la gratificación, y 4) Post-contacto: asimilación de todas las experiencias que han ingresado a la conciencia (Woldt & Toman, 2007). Siguiendo esta teoría, la depresión mayor viene a ser una interrupción en una o varias fases del ciclo de la experiencia.

Las interrupciones en este ciclo pueden ser de tres tipos: 1) Introyección: aceptación no crítica de principios o dogmas, 2) Proyección: atribución a otros de los aspectos del *self* que son inaceptables, y 3) Retroflexión: re direccionar las emociones dirigidas a alguien hacia uno mismo (Cain & Seeman, 2008). Según los gestálticos, cuando una necesidad no es reconocida (amor, atención), no se vuelve figura, y por lo tanto se convierte en una demanda, “algo que hace ruido constante”. (Woldt & Toman, 2007, p.86). En el caso de clientes con depresión, el rol del terapeuta es facilitar un darse cuenta de este ruido (tensión corporal, preocupación mental, pesadez) y estimular una movilización de energía hacia una acción que ayude a transformar el malestar.

Es importante activar las sensaciones, emociones y acciones presentes y pasadas, para que el cliente determine qué es lo que ha sido disfuncional en su vida y aclare cuál es su necesidad primaria (Woldt & Toman, 2007): podría ser que el cleptómano no roba por pura ansiedad sino por una carencia de afecto. Los terapeutas gestálticos conciben que las personas pueden pasar de la conformidad a la autorregulación sana mediante un ajuste creativo, o sea acoplándose a las circunstancias y haciendo uso de los recursos que poseen (Woldt & Toman, 2007). Los pacientes depresivos podrían aprovechar su estado melancólico y sensible para crear algo (Greenberg & Watson). Un buen ejemplo son los

afroamericanos que crearon la música “blues” como una forma de afrontar su depresión social ante la esclavitud (Monod, 2007).

Si bien muchas personas depresivas están trabadas en su pasado y/o temen su futuro (Beck, 1995), su sufrimiento se da en el presente, razón por la cual los terapeutas utilizan técnicas que acentúan lo inmediato: a) la repetición: hacer lo mismo que el cliente (señalar), b) la exageración: intensificar un gesto o frase, c) la identificación: pedir a la persona identificarse con algo suyo y jugar con la experiencia (“si estas lágrimas pudieran hablar, que dicen?”), y d) la dramatización (Cain & Seeman, 2007).

La técnica de las dos sillas se utiliza cuando existe en un *split*, o conflicto entre dos partes de la personalidad, una que es evaluadora o que interrumpe el proceso de fluidez (*topdog*), y la otra (*underdog*), que ha sido cubierta o gobernada por el *topdog* (Cain & Seeman, 2008). Es necesario que la persona se contacte primero con la parte más fuerte, permitiendo la expresión de la crítica fuerte, lo que a su vez despierta emociones defensivas y de vulnerabilidad en el *self* experiencial (Cain & Seeman, 2007). El terapeuta ayuda a que el *topdog* sea más específico y el *self* comience a contactarse con sus emociones auténticas (Cain & Seeman). El éxito es logrado cuando: 1) el cliente tiene niveles de experiencia más profundos, 2) hay una reducción notable en la indecisión y la ansiedad, y 3) hay patrones de expresión emocional notorios en el tono de voz o gestos, (Cain & Seeman, 2007).

La silla vacía se usa cuando: 1) La persona no ha cerrado o solucionado una relación del pasado y 2) Hay un sentimiento negativo relacionado a otra persona, pero no es expresado de manera directa (Cain & Seeman 2008). Es necesario que el cliente exprese desde su silla, todo lo que siente hacia la otra persona, le diga lo que le ha molestado (intensamente), y al final, lo que necesita (Cain & Seeman, 2007). La meta es que la persona resuelva un conflicto con la persona de la otra silla; la parte que cambia es la del

cliente, el cliente reestructura su visión de las cosas respecto a esa relación, su esquema emocional y la interpretación de los eventos (Cain & Seeman, 2007).

***Focusing* (Terapia basada en el Enfoque)**

Este método fue desarrollado por Eugene Gendlin (1981), y está basado en las sensaciones sentidas que una persona tiene frente a una situación o emoción (*bodily felt sense*). Gendlin (1996) establece que no es lo mismo sentir que pensar en una situación, y tampoco el hundirse en la emoción (*pure emotion*). Un ejemplo de sensación sentida en una persona con depresión y /o duelo podría ser: “siento un hueco en el corazón”. Es importante diferenciar estas sensaciones de las respuestas fisiológicas ante una situación (taquicardia, sudoración), ya que el *felt sense* aparece cuando la persona confiere un significado o simbolización a lo que está sintiendo (Cain & Seeman, 2008). Cuando se profundiza en una sensación sentida, se abre una nueva dimensión a la experiencia corporal-emocional, pudiendo aparecer calma, llanto o una respiración profunda; un proceso denominado *felt shift* (cambio de la sensación) (Gendlin, 1996). El *Focusing* incorpora elementos de la terapia cognitiva para integrar la experiencia corporal, lo que se denomina pensamiento conectado mediante la experiencia (Gendlin, 1996).

Ikemi (2010) narra un caso donde se aplicó Focusing para un paciente con depresión, donde el *felt shift* aparece tras el enfoque en un clima nublado y un pedazo de algodón que el cliente sentía en su pecho. La terapeuta inició el proceso preguntándole cómo era el clima en su interior, ante lo cual el paciente respondió que estaba lluvioso y nublado, y además había una gran bola de algodón (Ikemi, 2010). Tras ocho sesiones de terapia, el cliente se dio cuenta que la bola de algodón le estaba informando que algo no estaba bien en su vida, y decidió abandonar su trabajo insatisfactorio por una nueva labor que le confería sentido a su vida (Ikemi, 2010).

Según el *Focusing*, la base del cambio es la experiencia presente de la situación o problema: La persona deja de hablar de lo que le pasa (contenido), a vivir el proceso y/o la forma en que está experimentándolo (Gendlin, 1996). Klein (en Cain & Seeman, 2008) desarrolló la *Experiencing Scale* (Escala de la Experiencia), para evaluar a la intensidad de la experiencia del cliente dentro de 7 niveles: 1) El contenido no es sobre el narrador, 2) El narrador es el tema central de su historia, o por lo menos queda claro su interés, 3) El contenido es una narrativa del cliente en términos externos o comportamentales, 4) Los sentimientos o la experiencia son lo central, 5) El contenido de la narración es una exploración intencionada de los sentimientos y las experiencias (hay enfoque) 6) Hay un involucramiento activo-inmediato en la experiencia (los sentimientos pueden cambiar), 7) La experiencia es expansiva, liberadora; la persona confía y utiliza su *felt shift* para enfrentar un cambio (Cain & Seeman, 2008).

El proceso de Focusing consiste en seis movimientos: 1) Crear un espacio: quedarse quieto/a, escuchar y permitir que venga lo que venga, 2) La sensación sentida de un problema: preguntarse cuál es el problema que peor se siente en el momento, el más pesado, el más grande, 3) Encontrar una palabra que describa la sensación sentida, 4) Crear resonancia entre la descripción y la sensación sentida: asegurarse que ambos calcen, 5) Preguntarle directamente a la sensación sentida qué es, qué hace qué se sienta así (es necesario pasar un tiempo con la sensación y ver si cambia), 6) Recibir: permitir y aceptar lo que viene, no es necesario intentar hacer algo al respecto (Gendlin, 1981). Las personas con depresión podrían beneficiarse enormemente de este proceso en cuanto obtienen claridad de la experiencia vivida, son capaces de validar sus sensaciones y transformar emociones mal-adaptativas.

Los clientes que entran a terapia con la capacidad de enfocar su experiencia obtienen mayor satisfacción y procesos terapéuticos más cortos, pero no todos tienen esta facilidad:

Hay clientes que inician el proceso con un nivel de experimentación muy bajo (niveles 1 a 3) (Cain & Seeman, 2008). Las personas depresivas pueden entrar en este grupo dada la dificultad en contactarse consigo mismos, tal vez por su dolor emocional intenso (Greenberg & Watson, 2008). Algunas de las cosas que pueden ayudar son: tener un terapeuta que se siente cómodo con sus propias sensaciones, estar muy atento a las sensaciones (no dejarlas escapar), no presionar al cliente a que aclare sus sensaciones de inmediato, evitar poner palabras demasiado específicas para describir lo que el cliente siente, distanciarse del problema (creando un espacio seguro) y enseñarle al cliente que puede confiar en su propia experiencia (Gendlin, 1996).

Terapia enfocada en la Emoción (Emotion-Focused Therapy)

Marco Teórico

Esta terapia emergió con Leslie Greenberg y Robert Elliot, quienes fusionaron la TCC con la terapia Gestalt, la teoría de las emociones, el constructivismo y el *Focusing* (Cain & Seeman, 2008). Según el EFT, las personas construyen su *self* con elementos de su propia biología (cerebro y genética) y aspectos culturales-sociales (Greenberg & Watson, 2008). La depresión viene a ser un desorden emocional del *self*, que se consolida como inseguro, incompetente y/o desesperanzado debido a la activación de esquemas emocionales asociados a pérdidas, humillación, negligencia o fracaso, que generalmente ocurrieron en las etapas tempranas de la vida (Cain & Seeman, 2008).

Los esquemas emocionales son como unos lentes por el cual la persona ve y experimenta su vida, definidos por Greenberg y Watson (2008) como sistemas de significado formados por la interrelación de eventos cognitivos, emocionales, comportamentales y neurológicos. Según Greenberg y Watson (2008), estos esquemas son el motor del cambio en personas deprimidas, y la meta es restablecer la habilidad espontánea del *self* para transformar las emociones mal adaptativas en otras más sanas. El

terapeuta debe estar atento a las nuevas imágenes, emociones, sensaciones y expresiones verbales del cliente, pues esto produce nuevas formas de procesamiento cognitivo-emocional en el cerebro, lo que viene a ser congruente con el principio de neuroplasticidad (Greenberg & Watson, 2008). El primer facilitador de cambio emocional es la alianza terapéutica porque provee al cliente de un espacio seguro donde puede trabajar sus emociones en mayor profundidad (Paivio & Pascual-Leone, 2011).

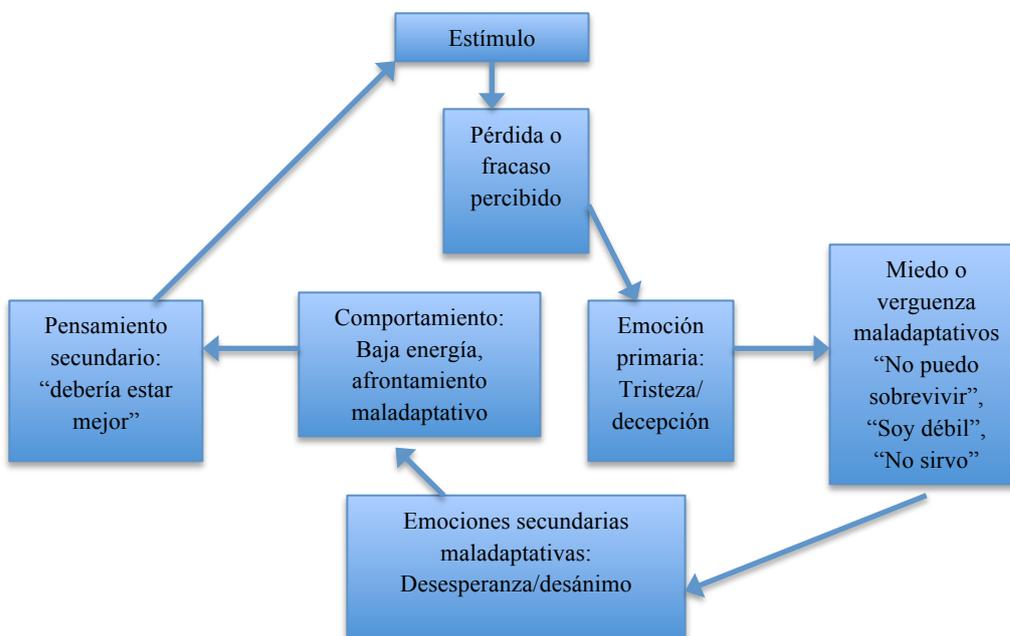
Según el EFT, es necesario distinguir entre las emociones primarias (adaptativas y mal-adaptativas), secundarias e instrumentales. Las primarias adaptativas son las que proveen de información necesaria para la adaptación del ser humano en su entorno, y pueden ser de tres tipos: 1) Emoción pura, caracterizada por expresiones faciales universales que emergen en respuesta a ciertas situaciones: ira, miedo, tristeza, asco, amor, orgullo (sano) y alegría, 2) Sensaciones sentidas corporalmente, y 3) Dolor emocional, que es un sistema holístico de respuesta que provee información al *self* diciéndole que ha estado expuesto y lastimado por un trauma (Cain & Seeman, 2008).

Las emociones primarias desadaptadas son aquellas que se han vuelto disfuncionales, generalmente porque están basadas en esquemas emocionales negativos, y son una carga para la persona (Greenberg & Watson, 2008). Pueden ser el resultado de maltrato infantil, rechazo, abuso, invalidación y/o trauma (muertes violentas), y las más frecuentes son el miedo, la culpa, la vergüenza, sentirse poca cosa, malo o débil, (Paivio & Pascual-Leone, 2010). Según Greenberg & Watson (2008) la persona aprende a sentir miedo porque fue abusada, y vergüenza porque fue humillada.

Las emociones secundarias son la reacción a otras emociones primarias, que son más identificables (Cain & Seeman, 2008). Las personas con depresión y/o duelo podrían expresar ira secundaria o llanto cuando hay un dolor primario, o se sienten culpables y avergonzadas como respuesta a sus autocríticas primarias (Greenberg & Watson, 2008).

Según Cain & Seeman (2008), la persona no siempre llora para liberar y curar su dolor primario, sino por una emoción secundaria que sólo hace que se sienta peor. Cuando las emociones no son simbolizadas de manera consciente, se transforman rápidamente en otras; por ejemplo: la tristeza, el dolor, y la vergüenza se convierten en ira, el miedo en frialdad y los celos en ira; también es común que las personas tengan sentimientos sobre sus sentimientos, por ejemplo: un dolor que les asusta (Paivio & Pascual-Leone, 2010).

Las emociones instrumentales son comportamientos emocionales aprendidos, que se usan para influenciar o manipular a otros (Cain & Seeman, 2008), por ejemplo: llorar para conseguir amor. Es vital que el cliente descubra cuál es su función y emoción primaria. Trabajar sobre las emociones instrumentales y secundarias no provoca cambios y mas bien puede perpetuar la patología. (Greenberg & Watson, 2008). A continuación se presenta un esquema de la depresión desarrollado por Greenberg y Watson (2008, p. 54):



Metodología

Greenberg & Watson (2008) proponen un modelo de terapia para la depresión basado en tres fases: 1) Alianza y darse cuenta, 2) Evocación y exploración, y 3)

Transformación. En la primera fase el terapeuta atiende y valida los sentimientos del cliente, le explica por qué es importante trabajar con las emociones, incentiva el darse cuenta de la experiencia interna, y establece un enfoque de trabajo colaborativo. En la segunda fase, el terapeuta se asegura de que el cliente tenga suficientes recursos internos para acceder a las emociones dolorosas. Hecho esto, evoca e intensifica estas emociones, deshaciendo posibles interrupciones, como: miedo a entrar en la emoción, bloqueos corporales (apretar la mandíbula), cognitivos (expectativas catastróficas), y/o comportamentales (cambiar de tema). El terapeuta ayuda al cliente a acceder a sus emociones primarias mal adaptativas mediante el uso de la silla vacía y las dos sillas a fin de que salgan a la luz las necesidades que no han sido cubiertas y los asuntos no resueltos del pasado.

En la tercera fase, el terapeuta ayuda al cliente a generar nuevas respuestas emocionales para transformar los esquemas mal adaptativos, incita a la reflexión para hacer sentido de la experiencia, y valida los nuevos sentimientos que emergen con la idea de apoyar una nueva construcción del *self*. Estas fases y sus componentes no siguen necesariamente una secuencia lineal pero unas se superponen más que otras: La alianza, el darse cuenta, la exploración y la reflexión continúan durante todo el proceso mientras que la evocación y la transformación de las emociones suelen aparecer al final. (Greenberg & Watson, 2008). El EFT también ha incorporado al Modelo de Asimilación dentro de la terapia, que sugiere que las personas tienen voces internas que se forman con las experiencias de vida (Goldsmith, Greenberg, Mosher & Stiles, 2008).

Las personas depresivas suelen tener varias voces que están en conflicto (críticas, victimarias) y están asociadas a experiencias dolorosas no asimiladas. Estas voces pueden ser integradas en la persona mediante puentes de significado (haciendo que las voces hablen entre sí y entiendan por qué existen) y mediante el acceso a las experiencias

previamente evitadas (Goldsmith et al., 2008). Para este fin se utiliza la silla vacía y las dos sillas y el *APES* (Secuencia de Asimilación de las Experiencias Problemáticas), un instrumento que permite tener una idea del avance en la resolución de las voces conflictivas (Goldsmith et al., 2008).

Terapia de Duelo (Budismo y Terapia Humanista)

Los modelos tradicionales de terapia de duelo se han centrado en etapas, fases o tareas para el procesamiento de la pérdida. Elizabeth Kubler-Ross (1969) menciona las fases de negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Jacobs (en Wada y Park, 2009) propone las etapas de insensibilidad-incredulidad, angustia por separación, depresión-duelo y recuperación, mientras que Bowlby (en Wada y Park, 2009) delimita las fases de shock, añoranza y protesta, desesperanza y recuperación. Worden (2009) diseñó un sistema basado en las tareas de aceptación, procesamiento del dolor, ajuste a un mundo sin el fallecido, y formación de un lazo con el fallecido que permita enrumbarse en una nueva vida. Wada y Park (2009) proponen una reformulación de estos modelos, integrando elementos del Budismo, especialmente la aceptación radical de la nueva situación (ninguna experiencia es rechazada), y la observación meditativa del dolor, evitando caer en expectativas sobre “lo que ya debería haber logrado”. Stanton y Low (2004) mencionan que la aceptación radical del duelo podría facultar un gran crecimiento de la persona, lo que llaman crecimiento post traumático (PTG), caracterizado por ganancias en el auto concepto y las relaciones interpersonales, mayor apreciación por la vida y mayor capacidad de compasión ante el sufrimiento de otros.

Entre las principales herramientas que aporta el Budismo a la psicoterapia de duelo están la meditación, el yoga, el escaneo corporal (con respiración lenta y ojos cerrados), la escucha activa y la capacidad de estar en el “aquí y ahora” (Harvard Institute of Mental Health, 2005). También está la posibilidad de liberarse del dolor a través del trabajo

voluntario compasivo (Garces-Foley, 2003), lo que viene a ser congruente con el altruismo de la psicoterapia Adleriana (Corey, 2009). La ideología Budista se ve plasmada en varios modelos de sicoterapia occidental como el Mindfulness, la terapia conductual dialéctica (DBT) (Wada y Park, 2009), la terapia Existencial y la Gestalt (Woldt & Toman, 2007). Perls se inspiró en el Budismo Zen para crear la frase “perder la cabeza para recuperar los sentidos”, refiriéndose a la necesidad de dejar a un lado los pensamientos para centrarse en la experiencia sensorial presente (Woldt & Toman, 2007, p.71). La Gestalt también usó el concepto del vacío fértil para invitar a los clientes a vaciar la mente, experimentar “la nada” y conectarse con la sabiduría que habita su interior (Woldt & Toman, 2007). Al igual que el Existencialismo, el Budismo inculca una visión activa del ser humano, donde no es suficiente la aceptación-contemplación del conflicto, sino la acción enfocada al cambio (Wada & Park, 2009).

Una de las limitaciones del enfoque Budista radica en que hay pocos estudios sobre su aplicación para casos de duelo, pero hay mucha investigación de su uso para la ira, el enojo, la depresión, la agresión y la ansiedad (Wada & Park, 2009). En vista de que estas emociones están presentes en una gran mayoría de personas que experimentan duelo, se puede hacer una importante extensión de su aplicabilidad.

Independientemente del modelo que se use, el EFT establece que el duelo complicado aparece cuando las personas se estancan en el dolor producido por una pérdida debido a sus emociones (miedo, ira, culpa, vergüenza) o pensamientos (“no debería estar tan afectada por esto”), que a su vez impiden el ingreso a la tristeza primaria (Paivio & Pascual-Leone, 2010). El contacto con la tristeza primaria adaptativa es vital porque le permite a la persona llorar y expresar su sentimientos de dolor genuino ante la muerte del ser amado, pero según Paivio & Pascual-Leone (2010) hay diferenciarlo del llanto de desesperación o miedo: Proponen explorar con el cliente el significado de su llanto e

integrarlo cognitivamente a la experiencia. El terapeuta puede facilitar el acceso a la tristeza primaria con frases que reflejen el estado emocional del paciente “veo que tienes muchas iras ante esta pérdida, y al mismo tiempo, debe ser tan duro estar tan sola” (Paivio & Pascual-Leone, 2010, p.258). En casos de trauma intenso (pérdidas múltiples) puede haber tristeza primaria mal adaptativa, que se manifiesta como una sensación genuina de no sentirse amado y/o extrema soledad. Un alto grado de empatía ayuda a resolver esta sensación (Paivio & Pascual-Leone, 2010).

En casos de personas con depresión, que además experimentan duelo, es vital trabajar sobre los esquemas que subyacen a este trastorno, destapando las emociones secundarias y poniendo gran énfasis en la desesperanza y el abatimiento (Paivio & Pascual-Leone, 2010). Estas personas podrían sentirse deshechas-quebrantadas ante la pérdida, por lo que hay que acceder este dolor para que pueda ser re-vivenciado, re-procesado y resuelto (Cain & Seeman, 2008). La idea es que emerjan nuevas estructuras de significado y el *self* se sienta completo de nuevo (Greenberg & Watson, 2008).

Limitaciones

Inicialmente, los expositores del EFT pensaban que no era ideal aplicar este tipo de terapia en pacientes con trauma severo (Cain & Seeman, 2008). Sin embargo, una gran cantidad de estudios e investigaciones posteriores, indican que el EFT resulta útil en casos de trauma grave, siempre y cuando el terapeuta esté capacitado en la técnica y maneje la terapia dentro de los lineamientos sugeridos por el EFT ((Paivio & Pascual-Leone, 2010).

Danza Primal (DP)

Marco Teórico

La DP es una práctica corporal-energética-emocional que forma parte de un sistema de crecimiento personal denominado Interacciones Primordiales, creado por Taropio (2011). El sistema ha sido incluido dentro de la psicología transpersonal en cuanto

trasciende el aspecto racional del ser humano (Wilber, 1996) y comprende las prácticas: 1) Corporal-energética, basada en técnicas respiratorias del Yoga y ejercicios de relajación de Qi Gong y el Tai Chi Chuan, 2) Práctica corporal expresivo-emotiva, que incluye a la DP, 3) Práctica lingüística-cognitiva, que integra elementos de la teoría de la comunicación, la auto-asistencia psicológica de Norberto Levy y el Coaching, y 4) Práctica contemplativa, que incluye un método de meditación (Taroppio, 2011). Taroppio (2010) llama “vínculo primordial” al contacto de la persona con su propia esencia y origen e “interacciones primordiales” a las relaciones de calidad con otras personas, seres vivos y el planeta.

La DP está conformada por siete danzas, cada una relacionada a *un chakra* (ver términos), que a su vez está asociado a una capacidad básica, un tipo de música específico, movimientos corporales y sonidos emitidos por la persona para activar ese centro (Taroppio, 2010). Según Taroppio (2010), las capacidades básicas son potencialidades que todos los humanos poseen pero que, por motivos varios (trauma, crianza), son olvidadas o subdesarrolladas (Taroppio, 2010). Taroppio (2008) afirma que la mayoría de los seres humanos viven una profunda desconexión de sí mismos, de sus gustos y sus emociones; lo que ha provocado muchas de las enfermedades mentales que existen, incluyendo a la depresión y las adicciones. Mediante una profunda revisión de elementos científicos, biológicos, y psicológicos, Taroppio (2011) afirma que las personas pueden aliviar su crisis de desconexión si además de tener relaciones sanas consigo mismos y con otros, se contactan con su origen más primitivo, donde no operan los mecanismos de pensamiento que generalmente impiden palpar las emociones básicas (Taroppio, 2011).

La DP es un método sencillo que puede cumplir este fin porque está basado en la recuperación de posturas, gestos, movimientos, respiraciones, sonidos ancestrales; y además es una forma segura de ingresar a un estado ampliado de conciencia (Taroppio, 2010). El sistema de Danza Primal podría resumirse en:

CHAKRA	TIPO DE MUSICA	CAPACIDAD ASOCIADA	MOVIMIENTO CORPORAL	SONIDOS PRIMALES
1 Raíz o bajo (espacio entre genitales y ano)	Tambores (danzas guerreras)	Confianza básica	Golpes firmes de los pies en el piso, brazos enérgicos	Gruñidos, gritos amenazadores, cantos guerreros
2 Pélvico	Caribeña, Polinésica, Zamba	Gozo, Éxtasis	Cadera, movimientos sinuosos, fluidos	Gemidos, susurros, suspiros, murmullos
3 Abdominal	Electrónica, música intensa o suave (2 formas)	Emotiva y Poder personal	Abdomen, abriendo y cerrando e cuerpo	Murmullos, gemidos, lamentos, bostezos, o gritos fuertes
4 Cardíaco	New Age o música emotiva	Afectiva	Pecho, brazos, abriendo el pecho	Suspiros de alivio, llanto de pena o alegría, gritos de dolor cantos de amor y devoción
5 Laríngeo	Clásica, música de tenores y sopranos	Inteligencia creativa, Expresión	Garganta, movimientos nuevos, desconocidos	Voz libre y potente. No es necesario cantar la canción, sólo sacar la voz
6 Frontal (espacio entre los ojos)	Oriental, delfines, océano	Intuitiva	Lentos, fluidos, estilo tai chi. Puede ir junto a una visualización: estar en 1 cueva, bosque, nubes, selva, fondo del mar.	Expresiones imaginarias de sonidos: viento, nubes, energía), Mantras y cantos sagrados, sílaba Om
7 Coronario	Cantos sagrados, música con mantras, silencio	Trascendencia	Cualquier postura de meditación (acostado o sentado)	Silencio, cantos y sílabas sagradas, mantras

Metodología:

Existen algunos sets de música (CD's) desarrollados por Taroppio (2011), que contienen ocho canciones, una de introducción y otras siete para cada danza. Al inicio y al final de la Danza, se realiza una meditación corta, cuyo propósito es facilitar la integración de la experiencia desde el silencio y el encuentro consigo mismo (Taroppio, 2010).

Taroppio (2010) indica que se puede hacer una hiperventilación corta al inicio de la DP para activar a la persona y prepararla para la primera Danza de tambores. Hay siete principios fundamentales de la Danza Primal, a los cuales el danzante y el facilitador deber prestar atención durante la práctica: a) conciencia (actitud meditativa durante la danza), b) respiración consciente (profunda, abdominal), c) focalización (en cada *chakra* y sus

funciones), d) integración (del cuerpo, del espacio), e) expresión (manifestar lo que emerge), f) sonorización (sonidos primales), g) vocalización creativa (permitir la presencia de imágenes que pudieran venir). Taroppio (2011) aclara que la misión del facilitador no es guiar a la persona hacia algún lugar en especial, sino dejar que la persona se manifieste como desee, por lo que la DP no es una actividad invasiva.

Taroppio (2011) subraya la importancia de exagerar los sonidos y los movimientos primales, a fin de permitir la intensificación de la capacidad asociada al centro, y luego permitir que fluya lo que aparece naturalmente (Taroppio, 2011).

Danza 1: Capacidad de Confianza Básica

La música la danza 1 es una percusión sencilla, que facilita el ingreso de la persona hacia un ritmo espontáneo. Taroppio (2010) aclara que la música no puede ser compleja, pues esto dificulta la experiencia primal en el sentido de que la persona tiene que elaborar cognitivamente sobre lo que escucha. Se pide a la persona adoptar una postura de guerrero, con las piernas flexionadas, los pies bien asentados sobre el suelo, y los brazos libres de hacer movimientos dramáticos hacia afuera. (Taroppio, 2010). El propósito es simular un guerrero y emitir sonidos primales, permitiéndole a la persona contactarse con su naturaleza instintiva, propia de sus ancestros más salvajes (Taroppio, 2010). Taroppio (2011) afirma que esta experiencia posibilita el contacto de la persona consigo mismo, con sus emociones, y con algunas memorias inconscientes.

La idea de usar esta danza con personas deprimidas es ayudarles a despertar y/o salir de su anhedonia mediante un ritmo intenso, que ponga a mover a su cuerpo, y además les ayude a apagar el *switch* de su mente. Como dice Friedman (2000), las sesiones de tambores ayudan a detener la furia de pensamientos.

Danza 2: Capacidad de Gozo

Esta danza se acompaña de música que activa la frescura y la capacidad de disfrutar la vida mediante los movimientos de cadera (Taroppio, 2011). Taroppio (2011) agrega que los bloqueos de esta capacidad generan celos y envidia en las personas que no la han desarrollado y ven a otros que sí disfrutan. La postura es relajada, con el cuello y hombros sueltos y movimientos circulares de la pelvis, la boca está entreabierta y son bienvenidos los sonidos primales suaves: gemidos, suspiros (Taroppio, 2011).

Danza 3: Capacidad Emotiva y Poder Personal

Se ha asociado a esta danza con el centro energético de las emociones, localizado en la boca del estómago (Taroppio, 2011). Según Taroppio (2011, p. 259), las personas hablan de este centro con frases como “tengo un nudo en la barriga”, “me fue como patada al hígado”, y la danza puede ayudar a armonizar las emociones. La danza se puede hacer acostado (haciendo bisagras con el cuerpo) o de pie, con toda la atención en el abdomen (que debe estar tonificado), liberando sonidos y movimientos fuertes (Taroppio, 2011). Hay dos sets de música elaborados por Taroppio (2011), una de música suave, y otra con música fuerte, y algunos CD's contienen ambas versiones.

Danza 4: Capacidad Afectiva

Este centro está asociado a los afectos y las relaciones más significativas, y se puede palpar en frases como “me rompió el corazón” (Taroppio, 2011, p. 260). Al activar este centro se puede despertar la capacidad de amar, el servicio y la entrega, lo que puede resultar muy útil en personas que temen las relaciones amorosas de todo tipo (Taroppio, 2011). La danza se la realiza abriendo y cerrando los brazos, fluyendo entre momentos de acogimiento, protección del corazón y conexión con el amor propio, y momentos de expansión total, liberando el amor al mundo (Taroppio, 2011).

Danza 5: Capacidad de Inteligencia Creativa

Se usan los cantos de tenores y sopranos, a un gran volumen para permitir que la voz del danzante se libere por completo; y los sonidos primales son las diferentes voces que surgen de la espontaneidad (Taroppio, 2011). Los sonidos y movimientos nuevos y libres ayudan a despertar la creatividad y la integración de la personalidad, que según Taroppio (2011) aparecen cuando la vida emocional de la persona está armonizada.

Danza 6: Capacidad Intuitiva

Esta danza está asociada al centro que está entre los ojos (vinculado a la intuición y la visión), y se la realiza con movimientos lentos y fluidos, como los del Tai Chi Chuan, que permiten el contacto con los espacios interiores de la mente, donde en lugar de entender algo cognitivamente, hay la experiencia palpable (Taroppio, 2011). Según Taroppio (2011), la armonización de este centro puede ayudar a reducir el miedo por lo desconocido, despertando el respeto y la curiosidad por explorar los misterios de la vida. Las personas pueden tener la sensación de estar flotando en un campo vibracional, y/o perciben los campos energéticos de sus cuerpos (Taroppio, 2011), una experiencia que puede verse reflejada en los cuadros del pintor Alex Grey.

Danza 7: Capacidad de Trascendencia

Esta danza puede activar el centro que se encuentra encima de la coronilla (cabeza), asociado a la inspiración divina y la gracia (Taroppio, 2011). Sin importar la religión o espiritualidad de la persona, esta danza permite la conexión con aquello que es más grande que ella: la Tierra, el universo, Dios, el Gran Espíritu, el Tao, o el simple agradecimiento a la vida (Taroppio, 2011).

Beneficios de la Danza Primal

Entre los beneficios de la DP están: la sensación de arraigo, el contacto con la realidad presente, la capacidad de fijar límites claros consigo mismo y con los demás, la estimulación de la expresividad y la creatividad, y la aceptación de las necesidades de

contacto físico (Taroppio, 2005). Taroppio (2010) menciona que uno de los principales agentes curativos de la DP es el trance, al cual define como un proceso bien guiado de intensa liberación emocional (Taroppio, 2005, p.187). Taroppio (2011) añade que la práctica provoca una liberación de endorfinas, generadoras de un estado mental de alegría y relajación, y provoca estiramiento muscular y activación del sistema linfático.

Limitaciones

Taroppio (2011) aclara que, aunque la DP tiene profundos efectos terapéuticos, no es una terapia física ni una psicoterapia, pero podría ser una excelente práctica complementaria. La DP podría ser realizada de manera independiente a la psicoterapia, siempre y cuando la persona tenga muy claro que la DP no sustituye al proceso psicoterapéutico, y puede ser una vía de trabajo corporal-energético útil para cualquier persona interesada en danzar sin deseo de hacer terapia (Taroppio, 2011). La DP está contraindicada para personas con enfermedades cardíacas graves, individuos operados recientemente y menores de edad (Taroppio, 2011).

La Relación entre la Danza Primal y la Terapia Humanista

La DP es parte de un sistema de crecimiento integral que viene a ser completamente congruente con la mirada humanista del holismo en cuanto ambos buscan comprender y atender al ser humano en sus facetas bio-psico-sociales. La DP pone gran énfasis en el aspecto energético-corporal-emocional, un componente básico de la terapia humanista bioenergética de Wilhelm Reich y de la terapia Gestalt. En cuanto a la dimensión espiritual, la DP guarda gran relación con la Terapia Gestalt ya que ambos modelos se han interesado por extender lazos con filosofías espirituales de oriente como el Budismo Zen, la meditación, la necesidad de vivir el “aquí y el ahora”, la liberación de los pensamientos excesivos (Woldt & Toman, 2007) y la posibilidad de superar los aspectos racionales (transpersonales) para encontrar mayor felicidad.

La DP y el sistema de Interacciones Primordiales también guarda gran relación con las terapias existencialistas. De acuerdo a Taroppio (2010), La soledad existencial es producto de la falta de raíces y de una identidad real, que ha llevado a muchos a buscar formas superficiales de suplir su carencia (dogmas, la compra compulsiva, las drogas, etc) y es el causante de muchas patologías mentales que existen (Taroppio, 2010). Si bien los maestros y/o líderes religiosos pueden servir de guía para algunas personas, es vital que el ser humano se conecte con su propia sabiduría, con el sentido que viene de sus experiencias de vida, y con las personas que forman parte de su cotidianidad...y una de las vías para fortalecer la conexión del ser humano con su origen cósmico es la Danza Primal (Taroppio, 2010). Este postulado guarda gran relación con la base teórica del modelo existencialista de Viktor Frankl, quien concibe que las patologías mentales (incluyendo a la depresión) están originadas en la falta de sentido que las personas experimentan en la vida y es vital encontrar formas para superar el vacío y la ansiedad existencial (Cain & Seeman, 2008). Para Taroppio (2010) este vacío existencial es una crisis global producida por la falta de conexión de las personas con su origen cósmico: Es vital recordar que el ser humano es parte de un gran orden físico-astronómico-biológico-social y comprender que el planeta que habitamos nuestra casa y las personas con las que convives son sus compañeros de viaje. La DP es una vía por la cual las personas pueden conectarse con su origen cósmico mediante la expresión del cuerpo y las emociones primales (Taroppio, 2011).

Siguiendo esta línea, la DP resulta muy compatible con el EFT pues ambos modelos apuntan al trabajo con las emociones primales. Greenberg & Watson (2008) establecen que el trabajo con las emociones primarias es indispensable para trascender las patologías y transformar los esquemas nucleares de la persona. Taroppio (2010) aclara que la expresión de las emociones, gritos y movimientos primales facilitan la experiencia lúcida del estado presente y pueden ser el motor del cambio. Taroppio (2011) y Greenberg

& Watson (2008) concuerdan en que la transformación positiva del individuo surge de la integración de los elementos emocionales primarios y los altos procesos cognitivos, que además tienen una sólida base fisiológica. Vale recalcar que el EFT de Greenberg & Watson (2008) tiene a su favor una infinidad de estudios de caso e investigaciones neurofisiológicas que respaldan la teoría, mientras que Taroppio (2010) está más apoyado por la evidencia empírica (aprendizaje a través de la experiencia). Taroppio (2010) afirma que tanto la ciencia como el empirismo son indispensables para construir un sólido modelo terapéutico e incentiva a sus alumnos para iniciar investigación de su modelo. El presente estudio de caso es el primer intento de fusionar terapia humanista y Danza Primal.

Estudio de Caso

Introducción

A fin de proteger la identidad de la cliente, se utilizó otro nombre y se modificaron algunos detalles de su vida. Sonia es una mujer de 40 años de edad que llega a consulta por haber robado unas joyas de la casa de una de sus hermanas durante una reunión familiar. El contacto para la terapia lo hizo su hermana Carla. Por teléfono Carla mencionó que Sonia estaba muy inestable tras el suicidio de la hermana menor de ambas hace cuatro meses, y ahora la familia está alarmada por el robo. Carla dijo que su Sonia quería ir a terapia, pero estaba muy avergonzada como para llamar a la psicóloga.

Una vez que Sonia llega a terapia, hay una buena relación inicial entre ella y la terapeuta. Sonia se muestra motivada y define sus objetivos de terapia: a) Quiere trabajar sobre el tema del robo, descubrir si hay algo mal en ella porque le asusta haberlo hecho, y siente una profunda vergüenza ante sus hijos, b) Quiere que la relación con sus hermanas no se vea afectada por el robo: Se siente culpable por haber dado a la familia otro “dolor de cabeza”, cuando todos ya estaban muy mal por el suicidio de su hermana menor, c) Quiere sentirse más fuerte, y mejorar su autoestima. El suicidio de su hermana y la separación con

su pareja de 13 años (hace dos meses) la devastó, y d) Quiere encontrarle sentido a la vida, pues muchas veces piensa en suicidarse.

Diagnóstico

Eje I : Trastorno depresivo mayor, recidivante, moderado, sin síntomas psicóticos [296.3], Cleptomanía [312.32] y Duelo [V62.82].

Eje II: V71.09.

Eje III: Ninguna enfermedad especificada.

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales:

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Fallecimiento de un miembro de la familia, perturbación familiar por separación, divorcio, cambio de hogar, abandono del niño, conflictos con los hermanos.
- Problemas laborales: Desempleo.
- Problemas económicos: Economía insuficiente.

Eje V: Evaluación de la actividad global: 50. Este puntaje es representativo de síntomas graves (ideación suicida, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (incapaz de mantenerse en un empleo) (APA, 1995, p. 34).

Historia de Vida

Familia de Origen

Sonia tiene cuatro hermanas mujeres, y es la penúltima hija. Sus padres son de un pequeño pueblo, pero vivieron en la capital cuando Sonia ya había nacido. La madre de Sonia tenía una tienda de la cual vivía la familia y el padre tuvo varios problemas con el alcohol y relaciones extramatrimoniales. Cuando Sonia cumplió 8 años, su madre se fue a Estados Unidos para probar suerte económica, y Sonia se quedó con sus abuelos maternos y su padre. Sonia experimentó abandono, que se intensificó porque el padre estuvo ausente de su vida ese tiempo y a los pocos meses viajó al reencuentro con su madre. Al cabo de

un año, ambos padres regresaron a Ecuador, y la familia completa (padres e hijos) estuvo junta nuevamente. Cuando Sonia tenía 9 años, regresó a casa de la escuela y encontró a su padre tirado en el piso, pensó que estaba borracho, pero se dio cuenta que estaba muerto. Fue de inmediato a su dormitorio, se metió en las cobijas y no contó a nadie lo que había visto. Al poco tiempo, escuchó gritos y llanto de su madre y hermanas, quienes se dieron cuenta de lo sucedido. Sonia supo que su padre se había suicidado con cianuro, un evento que la familia jamás discutió de manera abierta.

Al cabo de un año, su madre viajó a otra ciudad por un nuevo trabajo, dejando a Sonia con sus hermanas y abuelos nuevamente. Sonia experimentó un profundo abandono y recuerda con gran dolor la partida de su madre. Cuenta que sus hermanas mayores le dieron mucho cariño pero ella siempre tuvo un vacío. La madre regresó al cabo de un año y re instaló la tienda. Sonia tomaba dulces y pequeñas cantidades de dinero de la tienda sin que su madre se diera cuenta, pero con el pasar de los años, sus robos fueron de mayor dinero, incluyendo objetos de uso personal que necesitaba, y que la madre no le proporcionaba, como toallas sanitarias y dinero para salir con amigos. Luego, comenzó a robar objetos que no necesitaba pero sentía mucha adrenalina al hacerlo. Sonia pensaba que nadie se daba cuenta, pero en una ocasión, una de sus hermanas mayores le pidió robar una cantidad grande de dinero (hoy equivaldría a unos 200 dólares) y ella lo hizo sin dudar. Jamás se habló de este tema en la familia.

Sonia desarrolló una amistad muy cercana con su hermana menor Tania, con quien salían a tomar, bailar, y pasar el tiempo con amigos durante la adolescencia. Al decir de Sonia, ambas compartían gustos similares por la música, la poesía, y una forma de vida algo “hippie” que resultaba muy distinta al resto de la familia. Ambas hermanas se casaron y mantenía un vínculo muy cercano durante los años de casadas. Tania cometió suicidio

tres meses antes de que Sonia llegue a terapia debido a una infidelidad, y declara que esta situación la devastó emocionalmente.

Relaciones Afectivas y Experiencia Materna

Sonia siempre se había sentido atractiva para los hombres, pero le costaba formar relaciones estables de pareja. Aunque no se casó, formó un hogar con un artista muy famoso. Sonia describe a la relación como bonita y pacífica, pero recalca que vivía la vida de su pareja (Julio), descuidando por completo sus propias aspiraciones. Se convirtió en una asistente del trabajo y la venta de los cuadros de su pareja. Dos meses antes de comenzar la terapia, Julio le había pedido irse de la casa porque ya no la soportaba más (al decir de él, Sonia se desequilibró por completo tras el suicidio de Tania). Sonia no comprendía muy bien el motivo por el cual su relación terminó, pero describía haberse sentido “botada como a un perro”. Al poco tiempo de separados, vio algunas fotos de su ex pareja en Facebook junto a otra mujer. Sonia y su hija fueron a vivir con la madre y hermana mayor de Sonia (en la casa de la madre). Sonia es madre de dos hijos, una chica de 16 y un chico de 18 años. El hijo permaneció en casa de su padre, y la relación entre Sonia y su hijo era distante. Sonia comentaba que la convivencia con la madre y la hermana era buena pero dados los problemas económicos que tenía, y la dificultad en contribuir con los gastos comunes, se sentía como una adolescente o una invitada en la casa, sin “voz ni voto”. La relación con su hija es buena y Sonia menciona sentir mucho apoyo de su hermana Carla (que la llevó a la terapia), pero pensaba no poder vivir sin su hermana Tania (que se suicidó).

Social

La vida social de Sonia giraba en torno a su ex pareja: cocteles, salidas a comer, exposiciones de arte, etc. Tras la separación, Sonia se quedó con pocos amigos.

Laboral-Económica

El momento en que Sonia llegó a terapia estaba desempleada, y con muchos problemas económicos. Al decir de Sonia, Julio no quiso darle una pensión para los gastos de su hija. Pensó muchas veces en seguirle juicio, pero la situación se estabilizó cuando él le pasó una pensión mínima. Sonia estaba desesperada por encontrar un trabajo, pero temía no poder hacer algo bien debido a su depresión e inseguridades.

Salud Mental

Esta es la tercera vez que Sonia asiste a terapia. La primera vez fue donde un psicólogo al que describe como “frío”, y se aburrió de hablar de los problemas sin lograr cambios reales en su vida. El motivo de consulta fue problemas con la pareja. La segunda vez fue con su ex pareja para trabajar estos problemas, pero se decepcionó mucho cuando, según Sonia, el psicólogo les dijo que ella es la causante de los problemas que tienen. Cuatro meses antes de llegar a esta terapia (cuando su hermana se suicidó), Sonia buscó ayuda con un psiquiatra, a quien describe como una excelente persona, que además de darle los medicamentos, la escuchó. El momento en que inició esta terapia, Sonia estaba tomando antidepresivos y durante dos meses tras la muerte de su hermana tomó barbitúricos para conciliar el sueño.

Añade que quiere dejar los medicamentos porque se siente sedada y porque tuvo un problema grave relacionado a la combinación de éstos con el alcohol: hace tres meses, en una reunión familiar que se hizo por motivo de unir a la familia tras el suicidio de Tania, Sonia bebió demasiado alcohol, perdió la conciencia, y se cayó al piso golpeándose fuertemente la cabeza. Recalca que fue una vergüenza para ella y seguramente para sus hijos, y además terminó en el hospital. Tras este incidente, tuvo una crisis depresiva muy fuerte (similar a algunas crisis de su niñez) y ha tenido varias ideas de quitarse la vida (no tiene un plan ni un medio) y lucha con este impulso cada día porque tiene miedo de que el suicidio es algo que “corre por las venas de su familia”.

Bio-Física y Sexual

Sonia no recuerda haber tenido enfermedades importantes en su vida, y su salud ha sido buena. Disfruta del campo, caminar y hacer deporte suave (yoga, baile), pero no lo ha hecho desde que su hermana murió. Menciona tener un problema con el alcohol, en cuanto no debe combinarlo con los medicamentos, pero no lo puede evitar. Su vida sexual es activa. Ha tenido algunos encuentros sexuales con hombres desde la separación, los cuales ha disfrutado físicamente, pero le han proporcionado mucho malestar emocional. Percibe que los hombres la usan y no la vuelven a llamar.

Conceptualización del Caso

Desde el punto de vista existencialista, Sonia experimenta una profunda falta de sentido en la vida, que se originó en la niñez pero se intensificó con el suicidio de su hermana Tania y la separación de su pareja e hijo mayor (múltiples pérdidas). Esta falta de sentido le hace pensar que la muerte es la mejor salida, pues además posibilita el encuentro con su hermana fallecida. Como apunta Frankl (en Corey, 2009), las personas deprimidas experimentan una profunda ansiedad existencial, más allá de la que acoge a todos los seres humanos. Sonia mencionó varias veces que la vida le representa una gran carga y que quisiera dejar de existir para aliviar su ansiedad y angustia. Sus comportamientos destructivos (robar, aislarse, negar la muerte de su hermana) podrían ser una forma mal-adaptativa de encontrar sentido.

Desde el punto de vista Gestáltico, la depresión de Sonia es producto de necesidades no satisfechas que han hecho ruido constante en su vida. Su carencia de amor materno y paterno y la falta de estabilidad familiar la han llevado a buscar en otras personas (parejas, hermana, hijos) la resolución de estas necesidades. Esto sólo ha provocado más dolor y decepción en su vida pues el momento en que sus relaciones actuales se desmoronan o desaparecen, como la relación con su hermana (que se suicidó) o

su pareja (de la que se separó), Sonia experimenta nuevamente un abandono muy similar al que experimentó de niña, y su necesidad básica (amor) permanece insatisfecha en el aquí y el ahora. Según la Gestalt, es indispensable aclarar la necesidad primaria, rescatarla del fondo (historia familiar) y convertirla en figura (Cain & Seeman, 2008), por lo que es vital que Sonia se contacte con sus carencias básicas en el presente. Si bien no es una niña que está llorando porque sus padres la abandonaron, de alguna manera es una adulta que sigue llorando porque sus padres no la amaron como ella hubiese querido y está claro que hay un asunto sin resolver (*unfinished business*).

Se podría decir que la cleptomanía de Sonia no es un acto de pura ansiedad o descontrol de impulsos, sino una forma (ingeniosa pero disfuncional) de resolver su carencia primaria de afecto, lo que los Gestálticos denominan ajuste creativo (Cain & Seeman, 2008). Parece irónico pensar que Sonia podría robar para recibir afecto porque aparentemente esto sólo le ha provocado vergüenza y humillación, pero de alguna manera también es una forma de unir a la familia y sentir la atención de sus hermanas y madre. Los Gestálticos dirían que Sonia ha hecho uso de las herramientas que tiene para enfrentar su carencia, y seguramente ha hecho lo mejor que ha podido, aunque esto se convirtió en algo patológico. El acto de robar podría alienarla de su necesidad básica de amor, que es cubierta con la adrenalina que experimenta en el presente inmediato.

Desde esta visión, las personas necesitan darse cuenta de estos ajustes creativos (aunque disfuncionales) y encontrar formas funcionales de cubrir sus necesidades básicas (Corey, 2009). Sonia llega a consulta diciendo que se da cuenta que no vale la pena vivir, pero este darse cuenta viene a ser superficial porque no se da cuenta de la dinámica entre figura y fondo, y por tanto no tiene contacto con su *self* (con quien realmente es y lo quiere). Sonia experimenta interrupciones en el ciclo de contacto Gestáltico, principalmente haciendo retroflexión: roba, tiene relaciones sexuales promiscuas y/o se

deprime al punto en que quiere desaparecer (ideas suicidas) pero no tiene contacto con su necesidad básica, y en lugar de dirigir estas necesidades a las personas que originaron su conflicto (madre, pareja, parejas sexuales), se las dirige a sí misma, experimentando gran culpa por sus actos e ideas después de haberlas hecho.

Desde la visión terapéutica del Focusing (Gendling, 1996), se puede decir que Sonia tiene una elevada capacidad de experimentar sus sensaciones corporales, que estaría ubicada en un nivel 4 y 5 al inicio de la consulta. Los sentimientos y/o la experiencia son lo central en la historia que narra Sonia en consulta (nivel 4), y en ocasiones hay enfoque: el contenido de la narración es una exploración intencionada de los sentimientos y experiencias (nivel 5) (Cain & Seeman, 2008). Esta fortaleza de Sonia es un signo de buen pronóstico para el proceso terapéutico humanista enfocado en las emociones y para la intervención corporal-energética con Danza Primal.

Desde el punto de vista del EFT, la depresión de Sonia es producto de esquemas emocionales mal adaptativos formados en la pequeña infancia: abandono de la madre, falta de amor del padre, soledad y negligencia (madre muy ocupada buscando trabajo); y las múltiples pérdidas y cambios en su edad adulta (suicidio de la hermana más cercana, separación de la pareja e hijo mayor, cambio de casa, desempleo). El *self* de Sonia se estructuró como incompetente, inseguro, y “no digno de amor” mediante una interrelación de elementos de su propia genética (padre, abuelo y madre depresivos), factores neurobiológicos (una depresión sostenida durante varios años está asociada a alteraciones en el funcionamiento cerebral) y elementos culturales (alcoholismo del padre, madre ausente, múltiples pérdidas).

La tristeza de Sonia se instauró desde muy temprana edad, razón por la cual su tristeza actual es primaria mal-adaptativa: Al inicio de la terapia Sonia realmente creía que no es capaz de recibir amor genuino, y que estaba naturalmente propensa al rechazo y

abandono en su vida. Esta tristeza primaria mal-adaptativa se ve manifestada en el presente con el llanto; Sonia es como una esponjita llena de lágrimas, y comienza a llorar apenas se palpan los temas sensibles de su vida. Vale mencionar que los temas sensibles son muchos: madre, infancia, suicidio de la hermana, separación de la pareja, preocupación por ser una buena madre, suicidio del padre, por lo que apenas se comienza a hablar con Sonia, aparecen las lágrimas. De acuerdo a la descripción del llanto mal-adaptativo de Paivio & Pascual-Leone (2010), las lágrimas de Sonia son de este tipo, pues cuando llora su rostro muestra una profunda angustia y desesperanza (observación subjetiva que fue confirmada con Sonia). Es necesario transformar este llanto en una expresión sana de dolor y tristeza.

De acuerdo al modelo de conceptualización de casos del EFT, es necesario establecer un foco actual de las emociones de la paciente para diseñar un plan de trabajo enfocado y efectivo (Greenberg & Watson, 2008). Vale recalcar que los esquemas emocionales de la depresión de Sonia se construyeron temprano en su vida, pero se activaron y re-construyeron de manera mal-adaptativa en su adultez presente debido a las pérdidas recientes. Frente al suicidio de su hermana, Sonia presenta emociones y sensaciones secundarias de ira, desesperanza, angustia y ansiedad, que de acuerdo a Paivio & Pascual-Leone (2010), necesitan ser transformadas en tristeza primaria adaptativa ante la pérdida: Esto permite un proceso adaptativo del duelo y/o trauma (el suicidio de la hermana puede ser visto como un trauma). Las emociones de Sonia frente a la ruptura afectiva son ira, rabia, desesperanza, temor, angustia, celos y miedo. Greenberg & Watson (2008) proponen ingresar profundamente en estas emociones para poder transformarlas poco a poco en tristeza primaria adaptativa por la pérdida; esto faculta la vivencia del duelo y el fortalecimiento del *self* como una persona que ha logrado superar un gran pérdida, en lugar de una persona derrotada por la vida.

Frente a la cleptomanía, Sonia presenta emociones secundarias de euforia (durante el acto), seguidas de vergüenza, humillación y culpa. Las emociones primarias que podrían estar en la base del trastorno son: ira ante el abandono (una manera de desquitarse de la madre por haberla abandonado) y una profunda tristeza relacionada a la falta de afecto materno y paterno. Es necesario aclarar que la cleptomanía de Sonia no es un diagnóstico con origen en la infancia ni en la adolescencia, sino en la edad adulta. De alguna manera Sonia construyó un esquema emocional mal-adaptativo en sus primeras etapas de vida que la llevó a robar objetos que no necesita cuando adulta (cleptomanía), y seguramente construyó este esquema con los mismos elementos que subyacen a la depresión. Más adelante, se describe una sesión con Sonia en la que se aclararon los esquemas emocionales involucrados en este trastorno.

Desde el modelo de Interacciones Primordiales (Taroppio, 2011), se podría decir que Sonia es una mujer que se siente completamente desconectada del mundo, no le encuentra ningún sentido a su experiencia de vida actual, y experimenta in profundo desarraigo “no entiendo cómo puede existir este mundo y este tipo de vida, no sé que diablos hago aquí”. Según Taroppio (2011), la soledad existencial y la depresión es producto de la falta de raíces y de una identidad real, que ha llevado a muchos a buscar formas superficiales de suplir su carencia con los dogmas, la compra compulsiva, las drogas, entre otros. Sonia ha buscado llenar este vacío con relaciones afectivas turbulentas, sexo promiscuo que luego le deja con un vacío aún más grande, consumo de alcohol y una fijación en su etapa adolescente. De hecho, Sonia refiere que ella parece ser la hija de su hija adolescente. Sonia también completó sus carencias personales (autovaloración, fortaleza) con su pareja y su hermana, motivo por el cual la separación de ambos la devastó por completo, quietándole las ganas por vivir.

De acuerdo a Taroppio (2010), las personas desarraigadas de sí mismas y del universo también buscan llenar sus vacíos corporalmente, lo que las lleva a usar su cuerpo como un instrumento sexual o un medio para experimentar su profunda tristeza.

Corporalmente, Sonia es una mujer expresiva, que disfruta de su sexualidad y del ejercicio (aunque no lo practica regularmente), pero su sexualidad viene a ser un arma de doble filo: por un lado si tiene satisfacción inmediata, pero por otro lado, experimenta culpa, soledad y vacío tras haber tenido sexo con alguien prácticamente desconocido. Su sexualidad viene a estar mal canalizada cada vez que tiene relaciones sexuales con hombres casados y/o que no le proveen de una relación armoniosa estable.

Sonia tiene una gran capacidad de contactarse con su cuerpo, no tiene problemas con acariciarse, liberar la voz, realizar ejercicios de respiración abdominal, relajar los músculos, por lo que es una excelente candidata para la Danza Primal.

Proceso Terapéutico

Se trabajó un total de 20 sesiones con Sonia, en frecuencia de una cita semanal. La duración aproximada del proceso fue de 6 meses. El proceso terapéutico se organizó en cinco grandes categorías temáticas: 1) Cleptomanía, 2) Duelo frente a la muerte de su hermana, 3) Resolución de asuntos inconclusos con la madre, 4) Resolución de asuntos inconclusos con la ex pareja y 5) Plan de vida para su presente y futuro inmediato.

El trabajo temático no fue completamente lineal, pues muchas veces Sonia aparecía con una demanda específica el día de consulta que requería moverse con flexibilidad a otro eje temático. De manera general, las categorías 1 y 2 se trabajaron en la primera etapa del proceso, la categoría 3 se profundizó en la etapa intermedia y la categoría 4 se trabajó durante todo el proceso. En cada una de ellas se puso gran énfasis en las emociones, estableciendo un sistema de “corazón-mente”. Siguiendo la sugerencia del EFT (Greenberg & Watson, 2008), en cada sesión se revisaron y registraron las emociones sentidas para

luego integrarlas cognitivamente en la experiencia. La aplicación de Danza Primal comenzó a realizarse a partir de la cuarta sesión, cuando se había formado una sólida alianza terapéutica. A continuación se presentan retazos de las sesiones más importantes del proceso realizado:

Cleptomanía:

Sonia sentía mucha vergüenza por haber robado las de joyas de su hermana y temía que sus hijos dejaran de respetarla como madre (miedo). Se le pidió recostarse, cerrar sus ojos e imaginar que está inmersa nuevamente en la escena de aquél día y narrarla con todos los detalles posibles. La terapeuta intensificó las emociones y sensaciones corporales que aparecían. En un momento Sonia dijo que las joyas le brillaban. La terapeuta intensificó el brillo, y Sonia dijo que era muy hermoso. Se le preguntó si había visto la película el Señor de los Anillos y dijo que sí. La terapeuta le dijo que se le venía la imagen de “Gollum” (personaje de la película) mirando el anillo y queriendo tenerlo a toda costa. Ella se ríe. Se le preguntó si era algo así, y ella dijo “totalmente, sólo quiero coger las joyas, ese rato no pienso en nada más y siento mucha paz”. Cuando finalizó el relato, Sonia lloraba y su sensación de vergüenza era muy intensa. Dijo sentirla en todo su cuerpo como una quemadura, un ardor. Se le preguntó “qué dice el ardor?”, y dijo “eres una mala chica”.

Se trabajó con este ardor y esa frase (con *Focusing*) pero la terapeuta sentía que algo faltaba. En un momento la psicóloga cayó en cuenta que el momento de profunda paz que sintió al tener las joyas era importante. Se le preguntó si este momento se le hacía familiar, si lo había sentido antes en su vida. Sonia abrió bastante los ojos y dijo “sí, creo que cuando era niña”. Relató que cuando era niña su madre se había ido a vivir a otra ciudad por trabajo y ella se sintió muy triste, con un dolor inmenso y lo único que la aliviaba era probarse la ropa y las joyas de su madre. “Joyas!”, le dijo la terapeuta. Ella dijo “sí, mi madre tenía unas joyas de bambalina muy lindas ...yo me las ponía y me sentía

super”. “Super como cuando tuviste las joyas de tu hermana?”, le preguntó la terapeuta con mucho tino. Empezó a llorar y dijo “sí”. Dijo que se había dado cuenta que aunque robar estaba mal, no era una mala chica, sino una mujer que está muy triste porque le hizo falta su madre. La terapeuta piensa que éste es un logro importante porque la emoción de vergüenza que estaba tan presente antes, se estaba transformando lentamente en la tristeza primaria que sintió de niña.

Sonia se mantuvo durante tres meses sin robar, y como estrategia para evitarlo dijo que le ayudaría mucho recordar esta última sesión. Durante este tiempo se trabajó en otros temas, pero un día la hermana de Sonia llamó desesperada a la terapeuta a las 8 am y dijo que necesitaban una cita de urgencia. Cuando Sonia entró no mantenía contacto visual con la terapeuta, y tenía el brazo morado. La psicóloga le dijo que no la iba a juzgar y que estaba ahí para apoyarla. Ella miró a la terapeuta fijamente, y llorando le contó que salió con unos amigos del trabajo a tomar un trago, pero se le metió el “diablito” por robar \$18 de la cartera una de las chicas. Horas después la llevaron al baño (habían descubierto el robo), le halaron el pelo, la golpearon y la dejaron en la calle. Sin dinero tomó un taxi, subieron otros hombres y empezaron a tocarla. Se lanzó del taxi en movimiento, otros hombres de la calle la asaltaron pero finalmente llegó a su casa. La terapeuta casi no habló, sólo reflejaba lo que Sonia le contaba. Sonia dijo que había tocado fondo y que se sentía como muerta. Después de trabajar con la muerte, la psicóloga le dijo “pero sigues viva, yo te puedo ver, estás aquí”.

Sonia cumplía años al día siguiente, y se habló sobre la oportunidad de volver a nacer de manera simbólica. A la terapeuta se le ocurrió hacer un ritual a la vida: Se le pidió imaginar ese fondo recostándose en el piso (en el fondo del fondo): se cerraron las cortinas para hacer el ambiente muy oscuro y la terapeuta puso una música tenebrosa (una grabación de lamentos tibetanos). Se intensificaron sus emociones de miedo, dolor y

vergüenza, y se le preguntó si está cómoda. Después de un buen rato dijo “no!”. La terapeuta dijo “qué vas a hacer?” y Sonia dijo “no sé...algo”. La terapeuta le dijo “desde el piso?”. Sonia se empezó a levantar, y la psicóloga puso una nueva música (una marcha new age). Cuando se paró, se le invitó a moverse como quisiera y Sonia empezó a abrir sus brazos, lloraba un poco, pero respiraba mucho. Hubo un intercambio de miradas y silencio al final, y Sonia abrazó fuertemente a la psicóloga. La sesión siguiente se trabajó con Danza Primal 1 (con música de tambores) para fortalecer a la guerrera que habita en Sonia y enfrentar sus miedos frente al robo (controlar sus impulsos). Sonia danzó y emitió sonidos con mucha fuerza. Al final dijo que se da cuenta que es una mujer fuerte pero hay muchas cosas por trabajar aún.

La intención de la psicóloga fue ayudarla a organizar su experiencia a fin de que no se incruste como un trauma más en su vida, un gran dolor sin sentido. Al preguntarle sobre el momento en que sintió que estaba en peligro, la terapeuta se sorprendió al escuchar que Sonia sintió peligro cuando ya estuvo botada en la calle. Se le pidió poner atención al inicio de la historia. Se dio cuenta que el momento en que decidió irse a tomar a un bar lejos de su casa sin dinero para el taxi con personas que recién conocía ya estaba exponiéndose. Convirtió un “soy una estúpida”, por un “me equivoqué terriblemente, pero estoy aprendiendo”. Se dio cuenta que no mide muy bien los momentos en que se expone. Dijo que valoraba mucho estar viva pero que tenía demasiadas iras con ella misma porque actúa como una adolescente irresponsable, y ya tiene 40 años.

Se trabajó este darse cuenta con una doble silla para su *split* (adolescente-adulta). Comenzó siendo muy crítica con la adolescente, pero terminó aceptando esta parte, dándose cuenta que no había vivido esta etapa plenamente. Terminó acariciando a la adolescente, perdonándola, y al mismo tiempo despidiéndose de ella. Se auto-aconsejó proteger su vida, quererse más y no exponerse a situaciones peligrosas con hombres solo

por no estar sola. La sesión se cerró con una meditación cortita, con la música de la danza 7 de la Danza Primal (capacidad de trascendencia).

La siguiente sesión Sonia llegó con otro semblante, más alegre. Se habló sobre la pérdida del trabajo que le ocasionó el robo y cuánto esto la afectaba porque se relaciona con su meta de invitar a sus hijos a tomar café, al cine, “sentirse más mamá”. Ya no se culpabilizaba tanto como la sesión anterior. Se trabajó sobre un plan de buscar trabajo, por si la opción de trabajar en un local de su amiga no se materializa, y un plan B para verse con sus hijos y sentirse mamá (que nada cambia eso). Fue una sesión muy práctica, no se profundizó mucho en la emoción, sino en la organización de “las piecitas que se le movieron” (ella usó esta frase).

Duelo por la muerte de su hermana

Tras el suicidio de su hermana menor, Sonia no le encontraba sentido a la vida y pensaba que quitarse la vida sería una buena opción. Decía que lo único que la mantenía con vida eran sus hijos. Se evaluó su riesgo de suicidio siguiendo las sugerencias de Granello (2010) preguntándole si tiene un medio y un plan para hacerlo. Sonia dijo que no. La terapeuta preguntó “qué sientes frente a esta muerte?”. Respondió que hay mucha ira, dolor, tristeza, y un “un corazón deshecho, semi-muerto”. Lloraba mucho. Se le preguntó si aún latía su corazón y dijo “sí, pero ya no importa”, levantando los hombros con ciertos gestos de ira. Se le pidió exagerar este movimiento, y dijo “sí, ya nada me importa, ella era todo para mí”. La terapeuta preguntó “quién fue tu hermana para tí”. Ella dijo que era su única compañera real. Profundizando en las emociones de Sonia, se dio cuenta que tanto ella como su hermana mantenían una relación que les permitía escapar de las realidades difíciles que cada una tenía con su pareja y el hecho de saber que hay otra persona en el mundo con dificultades similares le hacía sentir mejor.

La psicóloga aplicó un ejercicio de silla vacía, que inició con desesperación (diciéndole a su hermana que por favor vuelva) y una marcada sensación de abandono. También sacó su ira diciéndole que es una tonta por haberse ido así, y que nunca pensó en los demás. En el rol de hermana, Sonia no decía nada de inicio, y después le dijo que se quede tranquila, que ella está bien y la ama mucho. Durante el ejercicio, Sonia fue transformando su ira, rabia y tristeza primaria mal-adaptativa en tristeza primaria adaptativa. Sonia le agradeció a su hermana por el tiempo compartido, le dijo cuanto la amaba y que estaba dispuesta a dejarla ir de a poco. Sonia le había comentado a la psicóloga que hablaba mucho con su hermana cuando estaba sola en su cuarto y en la ducha, contándole todo lo que había pasado en su vida. Dijo que se sentía bien, pero también tenía culpa porque sentía que no estaba dejando tranquila a su hermana.

A la psicóloga se le ocurrió hacer algo con arte (inspirada en la técnica de psicografismos que aprendió con la Dra. Vera Khon, pero añadiendo muchos elementos de su propia imaginación). Se le pidió a Sonia cerrar sus ojos, tomar dos crayones (uno con la mano izquierda y uno con la derecha), sentir la relación con su hermana, recordando los buenos y malos momentos que han pasado juntas y plasmar esa relación en la hoja. Apareció un dibujo con trazos circulares, y muchos colores. Después de trabajar sobre las emociones que le provocaba el gráfico, se habló sobre la necesidad de enterrar lo que no está vivo y ella decidió despedirse de su hermana otra vez. La terapeuta le pidió hacerlo gráficamente en la hoja y apareció una gran mancha café y negra. Sonia dijo que es la tierra que está sepultando a su hermana. Lloraba mucho, y decía que le dolía mucho hacerlo pero también se sentía bien. La psicóloga la invitó a respirar ese dolor y le dijo “no es necesario deshacerse del dolor ahora, solo respirarlo”.

Se le pidió que abriera la boca, liberar un sonido con cada exhalación, y cuando estuvo más tranquila, se le pidió abrir sus ojos y mirar la tierra del dibujo. La psicóloga le

dio una tijera, una cinta adhesiva, una caja de crayones, y le dijo “ahora que vas a hacer?”. Dibujó un pájaro en la nueva hoja. Dijo “voy a comenzar a volar”. La terapeuta le dijo que le parecía excelente, pero le preguntó cómo iba a pasar de la tierra al cielo tan rápido. Sonia miró fijamente a la terapeuta, pegó las dos hojas y dibujó una línea que conectaba a la tierra con el pájaro. Dijo “es un viento”. Entonces se revisó cómo estaba integrando Sonia esta experiencia en su interior y al final se le invitó a hacer una corta meditación con la música de la danza 6 (capacidad intuitiva) de la Danza Primal donde Sonia representó el baile con el viento.

Durante casi todas las sesiones que siguieron, Sonia hablaba de su hermana, pero el dolor insostenible se fue transformando lentamente en fortaleza. Un día, la psicóloga aplicó *Focusing* para trabajar su dolor de corazón, y emergió la necesidad de guardar una memoria de su hermana en un pequeño espacio del corazón para no olvidarla nunca pero también para seguir adelante con su vida. La terapeuta le prestó la película “Charlie Saint Cloud” (una película sobre el duelo por la muerte de un hermano). Sonia dijo que le encantó y se habló mucho sobre la vida y la muerte. En un momento decidió fortalecer sus vínculos de amistad con otras personas para suplantar la carencia de su hermana, lo que resultó ser muy positivo, pero hubieron varias ocasiones en que buscó hombres para hacerlo, lo cual solo intensificaba su depresión. Este tema se profundiza más adelante.

Asuntos inconclusos con la pareja

La terapeuta tenía la expectativa de que este tema iba a ser largo y difícil de procesar porque Sonia vivía conviviendo 17 años con su pareja, pero resultó ser todo lo contrario. Sonia tenía muchas iras porque su ex pareja la había “botado de la casa como a un perro” (sus palabras) y ya estaba involucrado en otra relación. Después de hacer una profunda revisión de los buenos y malos momentos de su relación, se trabajó el tema con una silla vacía (con su ex pareja). Las emociones iniciales fueron de ira, rabia y celos

(sobre todo por haberla dejado sin dinero y sin pensión para su hija) y poco a poco se transformaron en tristeza y dolor. Comprendió que fue una buena pareja pues hizo lo que pudo en su momento, con las herramientas que tenía. Se perdonó a sí misma varias cosas, pero no podía ni siquiera pensar en perdonarle a él.

A la siguiente sesión, Sonia mencionó que salió a tomar café con una amiga y cayó en cuenta que su dolor, resentimiento y rabia que siente por su ex pareja no la deja vivir tranquila y es su único tema de conversación. Su amiga le regaló un libro con la dedicatoria “tienes las riendas de tu vida”. Con ojos cerrados, la psicóloga le pidió sentir esta frase en su cuerpo y se trabajó sobre este dolor gigante que percibe como una lanza incrustada en el corazón. Se le pidió poner a su dolor en la silla al frente, y hablarle. En un momento, la psicóloga literalmente recogió este dolor de la silla con sus manos y se lo dio a ella diciéndole “qué vas a hacer con él?”. Dijo que quiere botarlo, pero de manera sutil. Se despidió de los excesos de dolor, y los botó a la basura. Se cerró la sesión con una pequeña meditación. La psicóloga le reveló que este ejercicio había sido muy simbólico y conmovedor para ella, y Sonia dijo que para ella también lo fue.

La terapeuta se quedó con la sensación de todavía faltaba la resolución genuina de su ex relación de pareja por lo que se le invitó a hacer otra silla vacía (otro día), aprovechando un momento en que Sonia dijo “creo que no eres tan monstruo” (refiriéndose a Julio). Sonia pudo perdonarle a Julio y experimentar el perdón de él hacia ella por los momentos de turbulencia emocional que ella ocasionó los últimos tiempos en la vida de él. Se dio cuenta que no estaba enamorada de él; más bien estaba desesperada por su situación financiera, por la forma en la que él la trató al final (indignación) y porque perdió varios amigos (amigos de la pareja). En el fondo ella experimentaba mucha soledad en su relación.

Se trabajó una sesión con la danza 4 de la Danza Primal (danza de capacidad afectiva) para simbolizar en movimiento el trabajo realizado en esta área. Ella dedicó la danza a sanar su corazón por la ruptura de pareja. Cuando cerraba sus brazos protegía y mimaba a su corazón que ha sido lastimado y necesita calor y amor, y cuando abría los brazos expresaba la posibilidad de volver a amar a alguien más, al mundo, a sus hijas, a su familia. La psicóloga utilizó esta danza con la intención de que Sonia no bloquee su corazón, su capacidad de amar, pues algunas veces lo mencionó.

Resolución de asuntos inconclusos con la madre

Sonia tenía muchas iras con su madre porque la había abandonado de niña y porque la veía como una mujer débil y sufrida, que había soportado “eternamente” las infidelidades y alcoholismo del padre. Se trabajó este tema con una silla vacía (con la madre) donde pudo expresar su ira primaria; le dijo lo brava que estaba por ser tan débil, por nunca contarle nada bonito, por haberle dicho un día que nunca disfrutó el sexo y que el padre de Sonia prácticamente la violaba. Le daba iras sentirse producto de una violación. En un momento, la psicóloga le pidió a Sonia convertirse en la madre que ella hubiese querido, pero puso resistencia, dijo “eso nunca va a pasar”. La terapeuta le dijo “es posible, pero vamos a jugar, en este momento va a ocurrir este milagro”. Se convirtió en una madre cariñosa, sensible, y a la vez fuerte. Le dijo que la amaba profundamente y que le pidió disculpas por haberle dicho que era producto de una violación. Le dijo que si bien su concepción no fue la ideal, ella la amaba profundamente. La ira y tristeza primaria maladaptativas se transformaron en compasión, algo que Sonia nunca había sentido por su madre (siempre era lástima, vergüenza, rabia). Sonia le dijo a la psicóloga (tiempo después) que desde el ejercicio de la “madre fuerte”, ella se sentía así y que podía ser lo que su madre no fue.

Algunas sesiones dijo que su madre seguía igual y que no iba a cambiar, pero que ella se sentía mejor por haberla perdonado y por haberse puesto en su lugar por una ocasión. Casi al finalizar el proceso, Sonia tuvo una conversación real con su madre (dijo que se inspiró en la silla vacía) y se había dado cuenta que ella sí fue una mujer valiente porque superó varias situaciones difíciles sola (junto a un hombre borracho), y sacó adelante a sus hijas con el trabajo de la tienda y con su viaje a EE.UU. Sonia cayó en cuenta que su madre no le dio tanto afecto porque estaba muy ocupada trabajando para mantener a las cinco hijas pero que sí la amaba.

En este punto del proceso terapéutico, la terapeuta cayó en cuenta que Sonia había dado unos pasos gigantescos en su terapia y se lo dijo. La terapeuta tenía la sensación de que era necesario hacer algo más ligero y divertido, pues cada sesión era como “una exprimida de naranja”: muy útil porque daba mucho jugo, pero llena de emociones intensas. Se le invitó a hacer una sesión de Danza Primal completa (todas las danzas) donde Sonia se conectó mucho con la danza de la capacidad de gozo (*chakra 2*) y de la creatividad (*chakra 6*).

Sexualidad y soledad

Tras haber terminado su relación de pareja, Sonia vivió un tiempo de ira que la mantenía fuerte y distanciada de algunas emociones relacionadas a otros hombres, pero un día llegó a consulta, tomó la caja de Kleenex y llorando dijo “ahora estoy triste...no me siento bien sola”. Se le preguntó cómo era esta soledad. Sonia dijo que no soporta la idea de estar sin novio pues siente que vino a este mundo para compartir su vida con una pareja. La psicóloga le dijo “y qué te provoca esto, que sientes?”. Dijo “tengo mucho miedo de que nunca lo encuentre...a mi pareja”. La terapeuta comenzó a trabajar con el miedo y le preguntó “si hablaras desde tu miedo, qué diría ese miedo?”. Se secó las lágrimas, y con un cambio de rostro dijo “también tengo iras” (no siguió con el miedo). A la psicóloga le

llamó la atención el cambio brusco, pensando que tal vez no fue sensible a su emoción y/o que Sonia simplemente escapó.

Sonia mencionó que tenía iras porque no tenía pareja, quería sentir el calor de un hombre, y había llamado a un amigo suyo (casado), con el que tuvieron relaciones. La expresión en su rostro era confusa: lágrimas de dolor, ojos tristes, y una gran sonrisa. La psicóloga le dijo que notaba esta incongruencia, y ella dijo “sí, no es lo que quisiera, pero por el momento está bien”. La terapeuta asintió con su cabeza, y hubo un momento de silencio. Ella dijo “sí, mi amigo y yo estamos claros en lo que hacemos”. Hubo otro momento de silencio. La terapeuta le preguntó que pasaba (sentía que la relación estaba tensa). Con un aire de dolor, dijo “no sé”. Una vez más, la terapeuta le dijo que ella jamás la juzgaría, y que estaba ahí para acompañarla. Se quebró en llanto otra vez, suavizó su rostro, y dijo “gracias Lili, de verdad, creo que sí puedo manejar esta relación, conversemos la próxima semana.

Antes de la siguiente sesión, la psicóloga se había ido a nadar. Sonia notó su cabello mojado, y dijo que quiere hacer algo físico, pero a la vez divertido y espiritual. Se habló sobre las virtudes trascendentes que subyacen al deporte (voluntad, constancia), y que podrían ser aplicables para casi cualquier decisión o situación de la vida. A partir de ese día Sonia comenzó a hacer ejercicios de estiramiento sola en su casa. La terapeuta le preguntó cómo se había sentido después de la última sesión y le reveló que se había quedado pensando mucho en su expresión de tristeza y confusión del final. La psicóloga le preguntó si estaba cómoda con el proceso terapéutico. Sonia dijo “sí Lili, contigo me siento super bien, pero a veces me haces caer en cuenta de cosas que detesto de mí misma”. Después de hablar un poquito, aparecieron risas.

Sonia narró que estaba muy contenta en la relación con su nuevo amante, pero cuando la psicóloga le reveló su percepción de tristeza en sus ojos, dijo “sí, estoy triste

pero no por él”. Dijo que el viernes salió y se pasó de tragos. Un conocido le dijo “no deberías tomar tanto”. Sonia salió del bar y llamó a un viejo amigo (no podía ver a su amante porque él pasaba ese día con su esposa). Tuvieron relaciones y desde entonces no han hablado (él ha rechazado sus llamadas). Primero apareció su emoción secundaria: ira porque no la llamó, pero luego apareció su emoción primaria: tristeza de sentirse abandonada. Sonia se sintió muy mal y aceptó una invitación a salir de otro conocido. Estuvieron en casa de él fumando marihuana, pero Sonia cayó en cuenta que estaba actuando como una adolescente. En la sesión dijo “no, una adolescente, ni siquiera hace estas cosas”. Se trabajó sobre la culpa profunda que sentía, haciendo una intervención de dos sillas (adolescente-adulta). Este ejercicio se conectó con el incidente que tuvo por el robo de los 18 dólares. Dijo que valoraba mucho estar viva pero tenía demasiadas iras con ella misma porque actúa como una adolescente irresponsable. Comenzó siendo muy crítica con la adolescente, pero terminó aceptando esta parte, dándose cuenta que vivió esa etapa plenamente. Acarició a la adolescente, la perdonó, y se despidió de ella. Se auto-aconsejó proteger su vida, quererse más y no exponerse a situaciones peligrosas con hombres solo por no estar sola. Al final dijo, “wow, creo que comprendí una gran parte de quien soy”.

La sesión siguiente, Sonia dijo que sube y baja demasiado. La psicóloga dijo “como un sube y baja?”. Ella dijo “exactamente”. Se le pidió cerrar los ojos e imaginar que está sobre el sube y baja. La psicóloga le preguntó “cuando subes como es?”. Sonia dijo que se siente más estable, menos desesperada por la soledad, con ganas de rehacer su vida de pareja, y cuando baja, siente que está sola, triste, brava con su madre porque es una víctima perfecta, y odia a su ex pareja. Durante la sesión se jugó con el “sube y baja” y al final dijo que estaba muy cansada de la vida que lleva. Dijo que a ella y a su hermana siempre les fue fundamental estar con un hombre. Dijo “mi hermana se suicidó por un hombre, y yo me siento vacía, teniendo sexo sin sentido”.

Guiada por su intuición (ninguna técnica en mente), la psicóloga le invitó a hacer un ejercicio: puso música, y le pidió poner sus manos en su bajo vientre (pensando que al contactarse con su zona sexual y su corazón, Sonia podría profundizar en sus emociones). Sonia lloró muchísimo, dijo que estaba triste porque sentía que había irrespetado a su cuerpo, que ni siquiera se ha cuidado con preservativo. Se le pidió acariciar estas zonas, usando toda su sabiduría interior. La terapeuta le dijo que ella es la mayor sanadora de sí misma, y que sus manos sabrían qué hacer. Poco a poco dejó de llorar, y empezó a echar su cuerpo para atrás, relajó su espalda, y su ceño ya no estaba fruncido. Sonia se fue de la sesión con un rostro de paz, y dijo que era lo mejor que había hecho en terapia. Dijo “me encantó sentir que yo misma puedo sanarme”.

La sesión siguiente, llegó sonriente. Dijo estar feliz porque el ejercicio de la sesión anterior le había hecho caer en cuenta que es una persona completa, y que a pesar de su soledad intensa sabe que “ella está para sí misma”. Dijo que había tomado dos decisiones importantes: 1) Finalizó el romance con su amante porque no está segura de poder manejarlo. El está casado, y ella quiere un hombre 100% disponible, 2) Le dijo a un pretendiente por quien no siente interés que no quería verlo. Antes, ponía excusas para no verlo, diciéndole “no puedo verte porque...”, “estoy cansada”, pero ésta es la primera vez que le dice “no quiero verte ahora, gracias, tal vez otro momento”. Se sentía contenta de fijar límites con los hombres. La terapeuta decidió celebrar su logro haciendo la danza 1 (danza de la confianza básica) de la Danza Primal, poniendo énfasis en que la “guerrera” ponga límites claros con otros.

Proyecto de vida

Simultáneamente al trabajo en los temas anteriores, Sonia quería solucionar asuntos importantes-concretos de su vida presente. Sonia y la psicóloga denominaron “proyecto de vida” a este objetivo, que incluía obtener un trabajo, solucionar su situación

financiera y mejorar la relación con sus hijos. La terapeuta le pidió cerrar sus ojos y visualizar la película de su vida actual y luego cinco años a futuro. Concluyó que es una buena madre pero sus hijos son más maduros-estables que ella, la hija aún teme que Sonia se suicide y casi no ve a su hijo. Le gustó mucho lo que vio a futuro y se trabajó sobre la manera de construir estas metas. Al inicio de la terapia, Sonia planteó la opción de ir a vivir a una pequeña ciudad de la sierra porque el arriendo es más barato ahí, puede pagar la pensión universitaria de su hija y además tendrían independencia (vivir fuera de la casa de su madre). El plan cambió porque su hija fue aceptada en una buena (y económica) universidad en la capital. Como se mencionó antes, encontró trabajo pero lo perdió por haberle robado a una compañera, y encontró un segundo trabajo como vendedora. Desde entonces invita a sus hijos a tomar café, al cine, o a comer y siente que está recuperando su rol de madre. A medio proceso terapéutico, mencionó que pudo hablar con Julio en buenos términos y que él ya le estaba pasando una pensión. Ella estaba muy interesada por estudiar Gestión Cultural para manejar un centro de artes plásticas, pero no se concretó este punto en terapia.

Logros y limitaciones

Se cubrieron las metas que Sonia fijó para su terapia, y algunas cosas más:

- 1) Pudo liberarse del aferramiento a su hermana muerta y aceptar su pérdida, 2) Resolvió los asuntos inconclusos con su ex pareja, se separó de él simbólicamente, y esto le proporcionó fuerza, 3) Sonia comprendió que no necesariamente porque su padre y hermana se suicidaron, ella corre el mismo destino, 4) Sus ideas suicidas desaparecieron,
- 5) Se dio cuenta que es una adulta (no una adolescente), que puede trabajar para ganar dinero y tiene dos hijos que la necesitan y quieren, 6) Tuvo una fuerte recaída de cleptomanía pero se mantuvo sin robar durante 4 meses antes de finalizar la terapia, 7) Comenzó a hacer deporte en un parque cerca de casa.

Faltó profundizar la relación con las hermanas y con el padre. Si bien Sonia tenía fuertes conflictos con la madre, era indispensable trabajar su vínculo paterno en mayor profundidad. La psicóloga se lo mencionó a Sonia en una ocasión y ella estuvo de acuerdo, pero al poco tiempo discontinuó el proceso.

Evaluación y efectividad del proceso

A fin de comprobar la efectividad de la intervención realizada, se utilizaron dos instrumentos psicométricos: El Inventario de Síntomas SCL-90 de Derogatis y el Inventario de Depresión de Beck. Se le pidió a la paciente completar ambos inventarios al inicio y al final de las 20 sesiones. A fin de evaluar la experiencia de Sonia en terapia, se realizó una entrevista (diseñada por Teresa Borja) con preguntas de respuesta abierta al final del proceso.

Inventario de Síntomas SCL-90

El Inventario de Síntomas SCL-90 fue desarrollado por Derogatis, Lipman y Covi en 1973 con la intención de medir el nivel de aflicciones experimentadas por el sujeto y puede ser útil como un instrumento de evaluación y diagnóstico clínico y/o para investigaciones de efectividad de procesos psicológicos (González-Santos, Mercadillo, Graff & Barrios, 2007). Junto con el TCI (*Temperament and Character Inventory*) (Inventario de Temperamento y Carácter), el SCL-90 es uno de los instrumentos psicométricos más usados (González-Santos et al., 2007). El SCL-90 es un test de auto-administración, aplicable a personas entre los 13 y 65 años de edad, puede ser completado en un tiempo aproximado de 15 minutos, mide los síntomas experimentados por la persona durante la última semana mediante cinco posibilidades de respuesta (nada, muy poco, poco, bastante y mucho) y no es adecuado aplicarlo con personas psicóticas, con retraso mental y/o ideas delirantes (Casullo & Pérez, 2008).

Como su nombre lo indica, el SCL-90 (*Symptom Check List*) (Listado de Síntomas) mide la sintomatología multidimensional de la persona, lo cual es importante en el caso de personas con depresión, porque más allá del diagnóstico, es indispensable revisar otras dimensiones de la psicopatología (Lara-Muñoz et al., 2005). El SCL-90 está conformado de 9 dimensiones de síntomas, 3 índices globales de malestar psicológico y 7 ítems extra que se suman al Índice de Severidad Global (Casullo & Pérez, 2008). Varios estudios de validez indican que las 9 sub escalas del SCL-90 tienen gran consistencia interna y que la escala de depresión tiene gran correlación con la Escala de Depresión de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck (BDI), siendo mayor la correlación con el BDI (Lara-Muñoz et al., 2005).

Las nueve dimensiones del SCL-90 son: 1) Somatizaciones: estrés asociado a disfunciones corporales, 2) Obsesiones y compulsiones: pensamientos y acciones difíciles de evitar, 3) Sensibilidad Interpersonal: sentimientos de inferioridad e inadecuación personal, 4) Depresión: principales síntomas de la manifestación clínica de la depresión, como falta de motivación, poca energía vital, desesperanza, ideas suicidas, etc, 5) Ansiedad: evalúa signos de nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos, etc 6) Hostilidad: pensamientos, sentimientos y acciones típicos de un estado de ira o enojo, 7) Ansiedad fóbica: mide la presencia de respuestas persistentes, irracionales y desproporcionadas de miedo ante ciertos estímulos (lugares, personas, objetos, situaciones), 8) Ideación paranoide: evalúa comportamientos paranoides basados en pensamiento proyectivo, suspicacia y/o temor a la pérdida de autonomía, 9) Psicoticismo: Incluye síntomas sobre estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento (Lara-Muñoz et al., 2005).

Los siete ítems adicionales miden: 1) escaso apetito, 2) problemas para dormir, 3) pensamientos mórbidos, 4) comer en exceso, 5) despertarse muy temprano, 6) sueño

intranquilo, y 7) sentimientos de culpa (Casullo y Pérez, 2008). Los índices globales son:

- 1) Índice de severidad global (IGS): es un indicador del nivel actual de severidad-intensidad del malestar, 2) Total de síntomas positivos (TSP): es la suma de todos los ítems que tienen una respuesta mayor que cero. Puntajes iguales o inferiores a 4 en las mujeres suelen ser intentos conscientes de mostrarse mejor de lo que realmente están, y puntajes superiores a 60 en las mujeres reflejan una tendencia a exagerar la patología, 3) Índice de malestar sintomático positivo (IMSP): es otro indicador del estilo de respuesta de la persona, sea exagerando o minimizando la patología. Un IMSP menor a 1,00 (puntaje bruto) con un TSP muy bajo (menor o igual a 4 en mujeres adultas indica una tendencia a mostrarse libre de problemas, mientras que los IMSP mayores a 3,20 (bruto) en adultos sugiere dramatismo (Casullo & Pérez, 2008). Los puntajes brutos obtenidos en cada dimensión son traducidos a puntajes T mediante una tabla que diferencia entre hombres y mujeres adultos y adolescentes, y todo puntaje igual o superior a 63 es considerado un indicador de riesgo psicológico (Casullo & Pérez, 2008).

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El BDI fue desarrollado por Beck en 1967 con la intención de medir la presencia y severidad de los componentes afectivos, cognitivos, motivacionales, vegetativos y psicomotores de la depresión, y ha sido ampliamente utilizado como un instrumento de diagnóstico clínico y para fines investigativos (Corcoran & Fischer, 1987). Según McPherson & Martin (2010), el BDI, además de reflejar la severidad de los síntomas, puede dar información valiosa sobre el tipo de depresión y sus causas. Está compuesto de 21 ítems que evalúan la forma en que la persona se ha sentido durante las dos últimas semanas, con cuatro opciones de respuesta para cada ítem, y un puntaje total que puede ir de 0 a 63 (Corcoran & Fischer, 1987). La respuesta de la persona refleja un puntaje de 0 a 3, que luego se suman; los puntajes totales pueden ser agrupados en cuatro categorías: 1)

0-9, indicando que la persona no está deprimida, 2) 10-15, reflejando depresión mínima, 3) 16-24, indicando depresión moderada y 4) puntajes superiores a 25, que son un indicador de depresión severa (McPherson & Martin, 2010).

El BDI ha probado tener altos índices de confiabilidad reflejados en su excelente consistencia interna y una buena o muy buena confiabilidad prueba-post-prueba (*retest-retest*) (Corcoran & Fischer, 1987). EL BDI ha probado tener buena y excelente validez; hay estudios que reflejan una correlación significativa con otras medidas de depresión (fuerte validez concurrente) y con las observaciones de profesionales, además de que ha probado ser sensible a los cambios clínicos (Corcoran & Fischer, 1987).

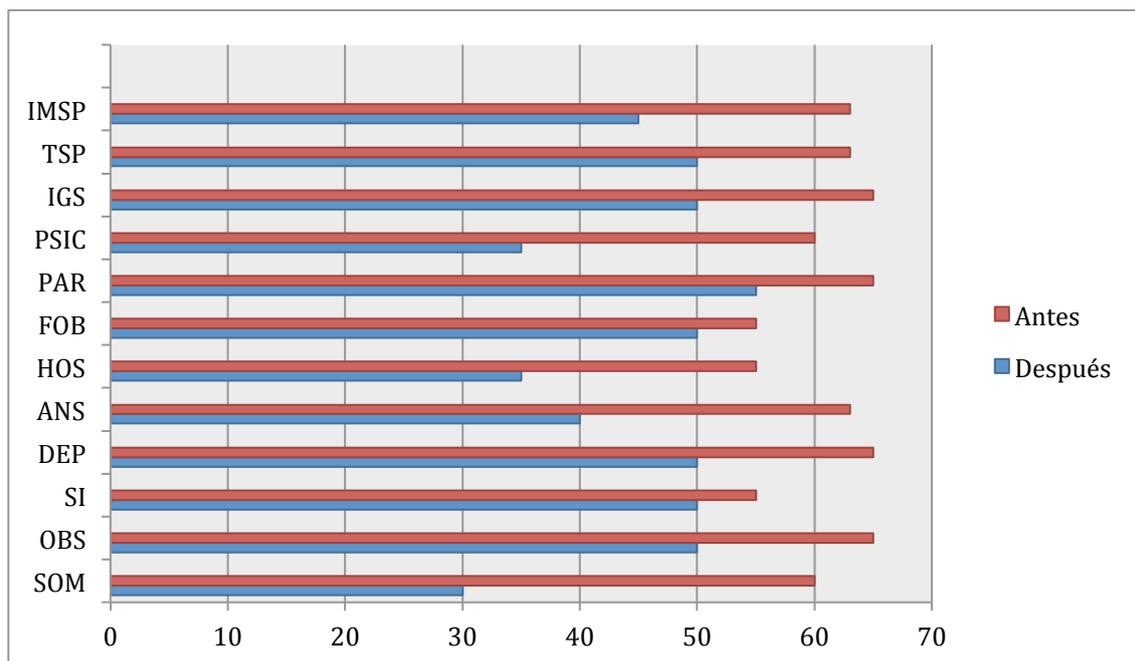
Resultados

Sonia obtuvo los siguientes puntajes T en el SCL-90:

Antes del Tratamiento Después del Tratamiento

Somatizaciones	60	30
Obsesiones y compulsiones	65	50
Sensibilidad Interpersonal	55	50
Depresión	65	50
Ansiedad	63	40
Hostilidad	55	35
Ansiedad fóbica	55	50
Ideación paranoide	65	55
Psicoticismo	60	35
Índice de severidad global	65	50
Total de síntomas positivos	63	50
Índice de malestar sintomático positivo	63	45

Representació



De los resultados obtenidos con Sonia, se puede ver que hubo una disminución en todas las escalas del SCL-90, siendo mayor la disminución de puntajes en las escalas de Somatizaciones, Ansiedad, Hostilidad y Psicoticismo. Los síntomas en la escala de Depresión disminuyeron de T65 a T50 después de la intervención, pasando de un puntaje de riesgo a un puntaje que está dentro de lo normal para las mujeres adultas. Antes de la intervención, Sonia obtuvo puntajes superiores a T63 (indicadores de riesgo) en las escalas de Obsesiones, Depresión, Ansiedad, Ideación Paranoide, Índice de Severidad Global (ISG), Total de Síntomas Positivos (TSP), Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP), que se convirtieron en un puntaje no representativo de riesgo después del tratamiento. A pesar de que el puntaje de Sonia en el TSP es elevado y está en el límite entre las personas que exageran su patología (T60), no es representativo de dramatismo, sino más bien de una mujer que experimenta gran aflicción debido a sus síntomas. El ISG de Sonia también es elevado (puntaje bruto de 2,53), pero no llega a ser representativo de exageración de

patología, por lo que se aplicaría el mismo criterio anterior (realmente experimenta aflicción por sus síntomas).

En el BDI, Sonia obtuvo un puntaje de 27 al inicio del tratamiento, indicativo de depresión severa, y un puntaje de 15 al finalizar el tratamiento, indicativo de depresión mínima. Una de las respuestas más representativas de cambio en Sonia corresponde al ítem 9, en el cual respondió que se mataría si tuviera la oportunidad antes del tratamiento, y la modificó por “tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo” al finalizar el tratamiento. Otro ítem que refleja un cambio importante es el número 2, donde Sonia respondió antes del tratamiento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar, pero lo modificó por “me siento desanimada con respecto al futuro” después del tratamiento. Es vital resaltar su cambio en la respuesta al ítem 14, pasando de “siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer in atractiva”, al inicio del tratamiento por “me preocupa que esté pareciendo avejentada o in atractiva”, al final del proceso. En todos estos ítems se puede ver un cambio de respuestas iniciales dramáticas y altamente negativas hacia respuestas que siguen representando depresión, pero en un nivel menos intenso al final del proceso.

A continuación se presenta un resumen de la entrevista realizada con Sonia al finalizar el proceso terapéutico:

Pregunta	Respuesta
Qué es lo que más te gusta de la terapia?	Es holística, no es tan técnica, y a la vez muy práctica. El juego de roles, la forma en que haces la terapia, el valor a la esencia y la confianza, la Danza Primal.
Qué es lo que menos te gusta de la terapia?	El viaje, vivo lejísimos.
Cómo te sientes con tu terapeuta?	Muy cómoda, siento que sí me entiende, que se entrega mucho. Me encanta como es, la admiro.
Sientes que la terapia te aporta en algo?	Uyyy, muchísimo, me ha ayudado en mejorar la relación-actitud con mi hija, descubrir cosas escondidas, aceptar a mi madre como es, me ayuda a cambiar con consciencia.
Hay alguna técnica que te aporta más?	Ponerme en el papel del otro (silla vacía, doble

	silla), sobre todo en el rol de mamá.
Hay algo que no te gusta de la terapia?	No.
Qué te gustaría recomendarle a tu terapeuta?	Hacer más sillas vacías, más danzas, eso me ayuda más que la conversación.
Qué te pareció la experiencia de haber tenido terapia?	Muy, muy interesante porque me ha hecho reflexionar. He tenido terapia antes, que sólo se basaba en hablar, en cambio esto me ha hecho vivir otras cosas. Tu has sido práctica y a la vez sensible. He aprendido lo valioso que es escribir mis pensamientos y sentimientos, tengo más herramientas para enfrentar la vida.
Se cumplieron tus expectativas?	Muchas ya se están cumpliendo, no sólo se cumplieron, fueron superadas. Me di cuenta que aparecieron un montón de asuntos que no sabía cuánto me fastidiaban (relación con mi madre). Falta el tema del robo de cosas, no lo siento resuelto aún.
Cuáles son los logros que conseguiste con esta terapia?	Afianzar la confianza en mí. Lograr decirle a mi madre y hermana que me acepten. Poder enfrentar asuntos que me molestan con la gente en general, con mis parejas, que antes me asustaba, no podía, igual sigo en un proceso. Ponerme metas en la vida, soñar con un local mío de arte, darte cuenta de mis sentimientos, reacciones, todavía estoy herida, no lo quería aceptar, aclararme un poco la situación con mi ex.
Qué es lo más importante para ti de un terapeuta?	Que te de la confianza y la apertura para contarle cosas como a un amigo, pero que lo va a trabajar de una manera profesional. El hecho de saber que vamos a caminar juntos, que el terapeuta no es superior ni experto, ni me va a enseñar las cosas.
Qué recomiendas a los terapeutas en general?	Que no sean fríos (como mi anterior psicólogo) porque las personas abrimos nuestros sentimientos, somos valientes al ir a un psicólogo. Que sean sensibles y se interesen de verdad por los avances.

Conclusión final

Frente a los resultados obtenidos en el SCL-90 y el Inventario de Depresión de Beck, se puede decir que Sonia ha experimentado una disminución significativa en la sintomatología y severidad de su depresión después de las 20 sesiones de psicoterapia. La reducción es notable, pasando de un puntaje de riesgo en varias dimensiones del SCL-90 a puntajes normales, y un cambio de depresión severa a depresión mínima en el BDI. Se puede decir con cierta seguridad que la terapia Humanista, con principal énfasis en el EFT

(Emotional-Focused Therapy) y la Danza Primal son efectivos en tratar la depresión mayor en clientes adultos. De manera subjetiva (observada por la terapeuta), se puede decir que estas modalidades terapéuticas también ayudaron a disminuir (no eliminar) los comportamientos e impulsos de cleptomanía en Sonia, y ayudaron a transformar su duelo complicado en una vivencia de duelo más sana.

Como en todo proceso terapéutico, no se puede garantizar que el cambio se deba 100% al modelo psicoterapéutico empleado o a la sólida alianza terapéutica entre la cliente y la terapeuta. Una parte del cambio podría deberse a razones desconocidas por la terapeuta o eventos de la vida de Sonia que no fueron narrados en terapia. Sin embargo, varias veces durante la terapia, Sonia reportó que su sensación de mejoría se debía a los novedosos ejercicios realizados en las sesiones, poniendo especial énfasis en las sillas vacías y la Danza Primal. La terapeuta era testigo de que Sonia se conectaba de manera importante con estas actividades y que varias veces había una transformación inmediata de su expresión facial después de estas intervenciones y/o aparecía con un rostro renovado o un semblante de mayor paz en la siguiente sesión. Si bien éstas son observaciones subjetivas de la terapeuta que manejó este caso, también existe la entrevista final y una grabación en video donde Sonia confirma esta hipótesis.

El trabajo realizado con Sonia ha sido extremadamente valioso para mi experiencia como terapeuta y como ser humano. Veo en ella a una mujer valiente que continúa viviendo un intenso proceso de cambio. Creo que aún faltan muchos aspectos por fortalecer pero la admiro enormemente por sus logros.

Referencias

- Aglan, A., Williams, M., Pickles, A., Hill, J. (2010). Overgeneral autobiographical memory in women: association with childhood abuse and history of depression in a community sample. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (3), 359-372. doi: 10.1348/014466509X467413
- Andrade, P., Lieke, H., Noblesse, Y., Temel., Ackermans, L., Lee, W., Steinbusch, H & Vanderwalle, V. (2009). Neurostimulatory and ablative treatment options in major depressive disorder: a systematic review. *Acta Neurochirurgica*, 152 (4), 565-577.
- American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: dsm iv*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arnow, B., Constantino, M. (2003). Effectiveness of psychotherapy and combination treatment for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (8), 893-905.
- Bayers, C., Johnston, D. (2008). Spirituality--the emergence of a working definition for use within healthcare practice. *Implicit Religion*, 11 (3), 265-275. doi:0.1558/imre.v11i3.265.
- Beck, A. T. (1996). *Beyond belief: a theory of modes, personality and psychopathology*. New York, NY: The Guildford Press.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York, NY: The Guildford Press.
- Below, C., Werbart, A., Rehnberg, S. (2008). Experiences of overcoming depression in young adults in psychoanalytic psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy and Counseling*, 12 (2), 129-147.
- Blanc, F. (2010). Trance and shamanic cure on the south american continent: psychopharmacological and neurobiological interpretations. *Antropology of Consciousness*, 21(1), 83-105.
- Bloom, D. (2009). The phenomenological method of Gestalt therapy: revisiting husserl to discover the "essence" of gestalt therapy. *Gestalt Review*, 13 (3), 277-295.
- Bockting, C. Breaking the rhythm of depression: cognitive behavior therapy and relapse prevention for depression. *Psihologijske teme / Psychological Topics*, 19 (2), 273-287.
- Brown, S (2008). The neuroscience of dance. *Scientific American*, 299 (1), 78-83.
- Cain, D., Seeman, J. (2008). *Humanistic psychotherapies: handbook of research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Carlson, N. R. (2006). *Fisiología de la conducta*. Madrid, España: Pearson Educación

S.A.

- Casullo, M & Pérez, M. (2008) El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis Adaptación UBA. CONICET. Obtenido el 26 de Agosto del 2011 de <http://www.aidep.org/uba/Bibliografia/SCL08.pdf>
- Chapter 4-transpersonal states of consciousness*. Obtenido el 23 de Junio 2011 de http://www.rivier.edu/faculty/pcunningham/Research/Chapter_4_Transpersonal_States_of_Consciousness.pdf
- Collier, R. (2011). Grief therapy for those left behind. *Canadian Medical Association Journal* 183 (5), 265-266. doi: 10.1503/cmaj.109-3793
- Corey, G. (2009). Theory and practice of counseling and psychotherapy. Belmont, CA: Thomson Books/Cole.
- Damasio, A. (2003). Looking for spinoza: joy, sorrow and the feeling brain. Orlando, FL: Hartcourt, Inc.
- Dannon, P. N., Aizer, A., Lowengrub, K. (2006). Kleptomania: differential diagnosis and treatment modalities. *Current Psychiatry Reviews*, 2 (2), 281-283.
- Dannon, P. (2002). Kleptomania: an impulse control disorder? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 6 (1), 3-7.
- De Mello, M., Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdeli, H & Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 255 (2), 75-82. doi: 10.1007/s00406-004-0542-x
- Doidge, N. (2007). The brain that changes itself. Londres, Inglaterra: Penguin Books
- Drumming reduces stress. (2004). *Australian Nursing Journal*, 11 (9), 31-31.
- Durst, R., Katz, G., Teitelbaum, A. (2001). Kleptomania: diagnosis and treatment options. *CNS Drugs*, 15 (3), 185-195.
- Fishbain, D.A. (1987). Kleptomania as risk-taking behavior in response to depression. *American Journal of Psychotherapy*, 41 (4), 598-604.
- Fishbane, M. (2007). Wired to connect: neuroscience, relationships, and therapy. *Family Process*, 46 (3), 395-412.
- Friedman, R. (2000). *The healing power of the drum*. Reno, NV: White Cliffs Media, Inc. Extractos del libro obtenidos el 26 de Junio 2009 de http://www.remo.com/portal/pages/health_rhythms/library_article8.html
- Garces-Foley, K. (2003). Buddhism, hospice and the American way of dying. *Review of Religious Research*, 44 (4), 341-353.

- Gendlin, E. (1996). *Focusing oriented psychotherapy: a manual of the experiential method*. New York, NY: The Guildford Press.
- Gendlin, E. (1981). *Focusing*. New York, NY: Bantam Books.
- González-Santos, L., Mercadillo, R., Graff, A. & Barrios, F. (2007). Computerized administration of the Symptom Check List 90 and the Temperament and Character Inventory (TCI). *Salud Mental*, 30 (4), 31-40.
- Grant, J.E., Suck, W.K., Grosz, B.A (2003). Perceived stress in Cleptomania. *Psychiatric Quarterly*, 74 (3), 251-258.
- Grant, J.E., Suck, W. K., McCabe, J. S. (2006). A structured clinical interview for kleptomania (SCI-K): preliminary validity and reliability testing. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15 (2), p83-94. 2006, 83-94. doi: 10.1002/mpr.24
- Grant, J.E., Odlaug, B.L., Davis, A.A., Suck W.Kim (2009) Legal consequences of kleptomania. *Psychiatric Quarterly*, 80 (4), 251-259. doi: 10.1007/s11126-009-9112-8
- Greenberg, L., Watson, J. (2008). *Emotion focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Complicated grief (2006). *Harvard Mental Health Letter*, 23 (4), 1-3.
- Meditation in psychotherapy (2005). *Harvard Mental Health Letter*, 21 (10), 1-4.
- Houghton, S., Curran, J & Ekers, D. (2011). Behavioural activation in the treatment of depression. *Mental Health Practice*, 14 (7), 18-23.
- Ikemi, A. (2010). An explication of focusing-oriented psychotherapy from a therapy case. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 9 (2), 107-117.
- International Biocentric Foundation. (2011). Obtenido el 3 de Julio 2011 de http://www.biodanza.org/index.php?option=com_content&view=article&id=50%3Adefinicion-de-biodanza&catid=35%3Abiodanza&Itemid=91&lang=es
- Jeong, Y., Sung-Chang, H., Myeong, S., Min-Cheol, P., Yong-Kyu, K & Chae-Moon, S. (2005) Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *International Journal of Neuroscience*, 115 (12), 1711-1720.
- Koelsch, S. (2009). A neuroscientific perspective on music therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169, 374-384. doi: 10.1111/j.1749- 6632.2009.04592.x
- Kohn, C. (2006). Conceptualization and treatment of kleptomania behaviors using cognitive and behavioral strategies. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 2 (4), 553-559.

- Kring, A., Johnson, S., Davidson, G., Neale, J. (2010). *Abnormal psychology: eleventh edition*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Kubler-Ross, Elizabeth. (1969). *On death and dying*. New York, NY: Touchstone.
- Lara Muñoz, C., Espinosa de Santillana, I., Cárdenas, M., Fócil, M., Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28 (003), 42-50.
- Lee, Karen. (2006). Drumming math. *Canadian Music Educator / Musicien Educateur au Canada*, 48 (2), 50-51.
- Levin, J. (2010). Gestalt therapy: now and for tomorrow. *Gesltat Review*, 14 (2), 147-170.
- Lew, K. (2006). Brain music therapy: a new treatment that can help with insomnia anxiety and stress-related conditions. *American Fitness*, 24 (3), 26-27.
- Hoban, S (2005). And the beat goes on. *Nursing Homes: Long Term Care Management*, 54 (3), 35-36.
- Lew, K. (2006). Brain music therapy: a new treatment that can help with insomnia anxiety and stress-related conditions. *American Fitness*, 24 (3), 26-27.
- Lin, M.F., Hsu, M.C., Chang, H.J., Hsu, Y.Y, Chou, M.H., Crawford, P. (2010). Pivotal moments and changes in the bonny method of guided imagery and music for patients with depression. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1139-1148. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03140.x
- Mantilla, M. G., López del Hoyo, Y., Ávila-Espada, A & Pokorny, D. (2011). Evaluación del cambio mediante el método crrt-lu-s en caso de duelo no resuelto tratado mediante psicoterapia psicoanalítica. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 20 (1), 5-13.
- Marije ann het, R., Sanjay, J.M., Dennis, S.D. (2009). Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 180 (3), 305-313.
- Maxwell, R. (2009). The physiological foundation of yoga chakra expression. *Zygon: Journal of Religion & Science*, 44 (44), 807-824. doi: 10.1111/j.1467-9744.2009.01035.
- Minsal. (2006). Tratamiento de personas con depresión. Obtenido el 21 de Junio 2011 de <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/depresion.pdf>
- Monod, D. "Ev'rybody's crazy 'bout the doggone blues": creating the country blues in the early twentieth century. *Journal of Popular Music Studies*, 19 (2), 179-214. doi: 10.1111/j.1533-1598.2006.00119.x

- Moreno, D.S. (2008). Prevalencia de depresión en los aspirantes a soldados de inteligencia Militar. *Rev Fac Cien Med*, 33, 91-95. Obtenido el 21 de Junio 2011 de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=203&id_seccion=3454&id_ejemplar=5643&id_articulo=55752
- Morla Bolona, R., Saad de Janón, E., Saad, J. (2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de guayaquil, ecuador. *rev.colomb.psiquiatria*, 35 (2), 149-165. Obtenido el 21 de Junio 2011 de http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0034-74502006000200003&script=sci_arttext&tlng=pt
- Goldsmith, J., Greenberg, L., Mosher, J. & Stiles. (2008). Assimilation of two critic voices in a person-centered therapy for depression. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 7 (1), 1-19.
- National Institute of Mental Health. (2005). Obtenido el 21 de Junio 2011 de http://www.nimh.nih.gov/statistics/1MDD_ADULT.shtml
- Neimeyer, R.A., Currier, J.M. (2009). Grief therapy: evidence of efficacy and emerging directions. *Current Directions in Psychological Science*, 18 (6), 352-356. doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01666.x
- O'Connor (2005). Bereavement and the brain: invitation to a conversation between bereavement researchers and neuroscientists. *Death Studies*, 29 (10), 905-922. doi: 10.1080/07481180500299063
- Öncü, F., Türkcan, S., Canbek, Ö., Yeşilbursa, D., Uygur, N. (2009). Fetishism and Kleptomania: A Case Report in Forensic Psychiatry. *Archives of Neuropsychiatry*, 46 (3), 125-128.
- Paivio, S., Pascual-Leone, A. (2010). Emotion-focused therapy for complex trauma. Washington, DC: American Psychological Association.
- Panksepp, J & Watt, D. (2011). Why does depression hurt? ancestral primary-process separation-distress (panic/grief) and diminished brain reward (seeking) processes in the genesis of depressive affect. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 74 (1), 5-13.
- Phillips-Silver, J. (2009). On the meaning of movement in music, development and the brain. *Contemporary Music Review*, 28 (3), 293-314.
- Power, M. (2010). Emotion-focused cognitive therapy. Malden, MA: John Wiley & Sons, Ltd.
- Rahula, W. (1974). *What the Buddha taught*. New York, NY: Grove Press.
- Taroppio, D. (2008). Interacciones primordiales, primera parte. Obtenido el 31 de Junio 2011 de http://www.youtube.com/watch?v=q2D_gcONNYU

- Taroppio, D. (2010). El vínculo primordial: un camino hacia el corazón de la evolución cósmica, el desarrollo personal y las relaciones humanas. Argentina: Ediciones Eleusis.
- Taroppio, D. (2011). Danza primal: el camino del éxtasis. Sistema de trabajo corporal-energético del modelo de interacciones primordiales. Mendoza, Argentina: Ediciones FUDEI.
- Trevor G. Mazzucchelli, T., Kane, R & Rees, C. (2010). Behavioral activation interventions for well-being: a meta-analysis. *Journal of Positive Psychology*, 5 (2), 105-121. doi: 10.1080/17439760903569154.
- Sacks, O. (2007). *Musicophilia*. New York, NY: Random House, Inc.
- Sarafino, E.P. (2006). Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Stanton, A. & Low, C. (2004). Toward understanding posttraumatic growth: commentary on Tedeschi and Calhoun. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 76-80.
- Sugarman, A. (1978). Is psychodiagnostic assessment humanistic? *Journal of Personality Assessment*, 42 (1), 11-21.
- Wada, K. & Park, J. (2009). Integrating Buddhist psychology into grief counseling. *Death Studies*, 33, 657-683.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., Maercker, A. (2007). Post-traumatic growth and optimism as outcomes of an internet-based intervention for complicated grief. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36 (3), 156-161 doi: 10.1080/16506070701339713
- Wax, H. (2006). The beat goes on. *Science & Spirit*, 17 (6), 16-16.
- Winkelman, M. (2011). Shamanism and the evolutionary origins of spirituality and healing. *NeuroQuantology*, 9 (1), 54-71.
- Winkelman, M. (2003). Complementary therapy for addiction: drumming out drugs. *American Journal of Public Health*, 93 (4), 647-651.
- Woldt, A., Toman, S. (2007). Terapia gestalt: historia, teoría y práctica. México, DF: Editorial El Manual Moderno, S.A de C.V.
- Worden, W. (2009). Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner. New York, NY: Springer Publishing Company.

