

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**ESCUELA DE CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO Y EDUCACIÓN**

**EXPLORACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE EMOCIONES A TRAVÉS DE  
TÉCNICAS DE LA TERAPIA ENFOCADA EN EMOCIONES EN UN CASO CON  
DEPRESIÓN MAYOR**

Por

María Gabriela Vinueza Vallejo

Teresa Borja, Ph.D., Mentor y Director

Esteban Laso, MSc., Co-Director

Esteban Utreras, Ph.D., Miembro del Comité

Ana María Viteri, Lcda., Miembro del Comité

Tracey Tokuhama-Espinosa, Ph.D., Ed.M, Decana, Escuela de Ciencias del Comportamiento  
y Educación

Teresa Borja, Ph.D., Coordinadora Departamento de Psicología

Tesis de grado presentada para el cumplimiento parcial de los requisitos de graduación del  
Escuela de Ciencias del Comportamiento y Educación

Quito, Ecuador

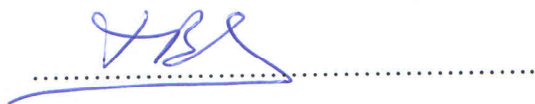
22 de mayo de 2012

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO****COLEGIO DE CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO Y EDUCACIÓN****HOJA DE APROBACION DE TESIS****EXPLORACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE EMOCIONES A TRAVÉS DE  
TÉCNICAS DE LA TERAPIA ENFOCADA EN EMOCIONES EN UN CASO CON  
DEPRESIÓN MAYOR**

Gabriela Vinueza Vallejo

Teresa Borja, Ph.D.

Directora de Tesis



Esteban Utreras, Ph.D.

Miembro del comité de Tesis



Ana María Viteri, Lcda.

Miembro del comité de Tesis



Tracey Tokuhama, Ph.D.

Decana del Colegio



Quito, 22 de mayo de 2012

**© PÁGINA DERECHOS DEL AUTOR**

**María Gabriela Vinueza Vallejo**

**2012**

*A mis hermanos,  
Que siempre luchen por sus sueños.*

*A Dios por ser tan generoso y permitirme llegar hasta aquí.*

*A mis padres por su apoyo incondicional y por ser mi fuente de motivación.*

*A mis profesores.*

*Amigas.*

*Y a Carmen.*

## RESUMEN

Este estudio de caso profundiza características y factores de éxito mediante la aplicación de técnicas psicoterapéuticas de la Terapia Enfocada en Emociones, para la exploración e identificación del área emocional en una cliente diagnosticada con Episodio de Depresión Mayor. La cliente, de 46 años de edad, ecuatoriana, casada y madre de familia, acude a consulta debido a la disfuncionalidad que le está causando la depresión en varios aspectos de su vida. Los síntomas presentados fueron: desesperanza, baja autoestima, desconfianza, inseguridad, entre otros. Además dentro de las principales dificultades, está su inhabilidad para explorar su experiencia interna, y por tanto para identificar sus emociones. La información presentada se recolectó a través de entrevistas clínicas, instrumentos psicométricos, revisión de literatura y grabaciones de las sesiones terapéuticas. Al concluir con esta fase del tratamiento, la cliente presenta una reducción de sus síntomas depresivos, y el fortalecimiento de su auto exploración interna y emocional. Además se observó un aumento de motivación y compromiso a la terapia, estabilidad emocional y un manejo funcional en aspectos de su vida.

**Palabras clave:** Terapia Enfocada en Emociones (EFT), Depresión Mayor, Emociones primarias y secundarias, Evocación de emociones, Focusing.

## ABSTRACT

This case study aims to depth characteristics and success factors for the exploration and identification of the emotional aspects in a client diagnosed with Major Depression Disorder. Through the application of psychotherapeutic techniques of Emotional Focused Therapy, the author shows the progress of the therapeutic process. The client is a 46-year-old Ecuadorian woman, who is married and a full time mother. The reason why she started assisting to therapy is that depression has caused dysfunctions in several life aspects. The main symptoms were: hopelessness, low self-esteem, inability to trust in others and insecurity. Also, one of her main issues was her lack of introspection, which seemed reflected in her incapacity to explore and identify her emotions. The information was collected through clinical interviews, psychometric instruments, literature review and recordings of each one of the sessions with the client. By the end of this therapeutic phase, the client presents a decrease in her depressive symptoms. She also shows an increase in her self-exploration and in her relationship with her emotions. Finally, it is shown that her motivation and compromise for the therapy, as well as her emotional stability and functionality in different life-aspects has improved.

**Key words:** Emotional focused Therapy (EFT), Major Depression Disorder, Primary and secondary emotions, Emotional evocation, Focusing.

## TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	6
Abstract.....	7
Introducción al problema .....	10
Antecedentes .....	10
El problema.....	11
Hipótesis .....	11
Pregunta de investigación .....	11
Contexto y marco teórico.....	12
Definición de términos.....	12
Presunciones del autor del estudio.....	13
Revisión de la literatura .....	15
Géneros de literatura incluidos en la revisión.....	15
Pasos en el proceso de revisión de la literatura.....	15
Formato de la revisión de la literatura .....	15
Metodología y diseño de la investigación.....	40
Consideraciones éticas y legales.....	40
Justificación de la metodología seleccionada .....	41
Descripción de participantes .....	44
Fuentes y recolección de datos .....	56
Análisis de datos .....	57
Detalles del análisis.....	57
Análisis de resultados .....	88
Importancia del estudio.....	92
Conclusiones.....	94
Respuesta a la pregunta de investigación.....	94
Limitaciones del estudio .....	97
Recomendaciones para futuros estudios .....	99
Referencias.....	101



**TABLAS**

Tabla 1. Curso de tratamiento EFT para depresión (Greenberg & Watson, 2006). .....	33
Tabla 2. Guía de interpretación del Inventario de Depresión de Beck (Bernal, 1995).....	44
Tabla 3. Puntuaciones Inventario SCL-90, pre test .....	88
Tabla 4. Puntuaciones Inventario SCL-90, post test.....	90

**FIGURAS**

Figura 1. Cuadro demostrativo de las emociones de la cliente.....	64
---	----

## INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

### Antecedentes

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes que se desarrolla a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es considerada una de las principales causas de discapacidad en las personas alrededor del mundo. Se ha vuelto una preocupación social, pues esta vinculado directamente con el suicidio, de hecho, ha provocado la pérdida de 850.000 vidas aproximadamente (OMS, 2012). Este trastorno afecta a personas de cualquier edad, sexo, condición, cultura y procedencia. Actualmente se realizan varias investigaciones y estudios que permitan encontrar tratamientos de recuperación y prevención a este trastorno, ya que los pronósticos para el futuro son alarmantes. Para el 2020 se proyecta que la depresión alcance el segundo puesto como contribuidor responsable de las enfermedades globales, a nivel de todas las edades y sexo (OMS, 2012). En la actualidad, ya es la segunda causa, pero para la categoría de 15 y 44 años específicamente. Entre las estadísticas recientes que propone la OMS, está que la depresión afecta a 121 millones de personas en el mundo, cifras que llevan a los expertos a preocuparse y tomar consciencia de la gravedad del asunto. Se calcula que tan sólo el 25 %, o menos, de estas personas afectadas, tienen acceso a tratamientos efectivos (OMS, 2012). La mayoría de estos tratamientos giran en torno a medicación con antidepresivos, sumado a psicoterapia, que resulta efectivo en un 60-80 %; son muy pocos los afectados que reciben estos tratamientos, en algunos países de bajos recursos, hasta menos del 10 % de personas diagnosticadas con depresión. Se conoce que las mujeres son más propensas y vulnerables a la depresión y ansiedad (OMS, 2012). Los estudios indican que aproximadamente 73 millones de mujeres adultas son diagnosticadas de depresión mayor, un 13 % de ellas, son afectadas en el año siguiente después del parto (OMS, 2009). Estas cifras y estudios son en personas a nivel mundial, y en países asociados con la

OMS. Estas estadísticas se pueden tomar como referencia para entender la situación frente a la depresión a otros países, como el Ecuador.

### **El problema**

Uno de los principales problemas que radica en los países de Latinoamérica, específicamente en Ecuador, es que no existen estudios suficientes respecto a trastornos mentales y depresión. Por esta razón, no se conoce acerca de incidencia de depresión, así como tampoco acerca de tratamientos específicos que resulten exitosos y sean favorables para esta población. Es por esto que se aplica los mismo tratamientos que se han generado de resultados de estudios previos en países desarrollados, y no siempre tienen los mismos efectos. La falta de investigaciones en terapias psicológicas para la depresión en estos países, hace que la incidencia siga aumentando y no se trabaje en la raíz del problema. Los tratamientos no son igual de efectivos que en los lugares donde se desarrollan las corrientes y las investigaciones, por lo que se toman mucho más tiempo en ver resultados.

### **Hipótesis**

La hipótesis de la causa para este estudio es que no hay suficientes estudios dentro del Ecuador, referentes a tratamientos efectivos para el trastorno de depresión. Por otro lado, la hipótesis de solución propone que se debe buscar técnicas efectivas y encontrar resultados favorables para la depresión en este contexto, para poder disminuir la incidencia de depresión en el país.

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo y hasta qué punto el identificar y dar un significado a las emociones puede disminuir el grado de depresión en una mujer ecuatoriana de 46 años de edad?

## **Contexto y marco teórico**

### **El propósito del estudio.**

El propósito de esta tesis es demostrar, apoyados en la literatura, el beneficio y progreso de las técnicas utilizadas dentro del proceso terapéutico, en la identificación y exploración de las emociones de la cliente. Aún así, es importante recordar que el rol del terapeuta principalmente es guiar y acompañar al cliente en desarrollo y crecimiento personal. Se espera encontrar como resultado una disminución del grado de depresión en el que se encuentra la cliente para que de esa manera pueda tener una vida más funcional. Se comprobaría que el identificar las emociones ayuda a tener un mejor control de las mismas y a transformar aquellas que son desadaptativas.

### **El significado del estudio.**

En este estudio de caso se aprecia el desarrollo del tratamiento enfocado en emociones, para una cliente con depresión, usando técnicas de la Terapia Enfocada en Emociones. A pesar de que se ha trabajado con una sola persona, este estudio podría ser útil para otros clientes con tratamientos similares. Se puede tomar en cuenta las diferentes técnicas que se utilizaron y la manera en cómo se las adaptó a la cliente. Además podría servir para un mejor trabajo con las emociones en clientes en Ecuador y en países con contextos similares a este, debido a las características de Carmen.

## **Definición de términos**

Se considera crucial esclarecer ciertos términos que van a ser utilizados en el desenvolvimiento de este trabajo, de esta manera se logrará una mejor comprensión del lector. En el capítulo dos se habla con mayor detalle y profundidad respecto a las diversas definiciones de estos términos.

**Depresión.**

Para su definición se entiende como la agrupación de síntomas afectivos, como tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad y sensación de malestar e impotencia, y se pueden presentar a su vez síntomas cognitivos, somáticos o relacionados a la voluntad (Alberdi, Et. Al., 2006). Alguien con depresión experimentó tristeza extrema o desesperación que dura por lo menos dos semanas o más (APA, 2010).

**EFT.**

Terapia Enfocada en las Emociones (Emotion Focused Therapy), se denomina a una corriente psicoterapéutica, que tiene raíces en la Terapia Humanista y le da un importante énfasis a la experiencia que generan las emociones en el cliente (Greenberg, 2011).

**Presunciones del autor del estudio**

Las presunciones que tiene el autor con respecto a la presente terapia son las siguientes:

1. Que durante todo el proceso terapéutico la cliente siempre dijo la verdad, tanto el momento de revelar su información de manera verbal, así como al momento de llenar las pruebas psicológicas.
2. Que las pruebas aplicadas fueron las correctas para corroborar con el diagnóstico emitido.
3. Que el criterio de la terapeuta fue lo suficientemente acertado como para emitir un diagnóstico.
4. Que la literatura incluida en el estudio abarque toda la información necesaria como sustento de toda la práctica clínica.

A continuación se encuentra la revisión de la Literatura en la que se profundizará temas relevantes al estudio. Esto está seguido de la explicación de la metodología de investigación aplicada, el análisis de datos encontrados, y las conclusiones y discusión.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

En esta sección se explica bajo qué parámetros se realiza la revisión de literatura. Por un lado, los géneros que se consideraron y después los pasos en los que se realizan y el formato en el cual se hará la revisión.

### **Géneros de literatura incluidos en la revisión**

#### **Fuentes.**

La información que se expone en esta revisión proviene la mayoría de revistas indexadas (*journals*), libros respaldados por la American Psychological Association y una conferencia dirigida por el Dr. Leslie Greenberg en la Universidad San Francisco de Quito, en el mes de marzo del presente año.

### **Pasos en el proceso de revisión de la literatura**

Los temas que se encuentran en la revisión de literatura se generaron al haber leído autores reconocidos en el área, además de una exhaustiva búsqueda en Internet, y sugerencias de profesores relacionados en el tema.

### **Formato de la revisión de la literatura**

El diseño de esta revisión se lo hará por temas, según cómo el autor considera oportuno su desarrollo.

A continuación se hablará sobre los temas relevantes para que el lector pueda comprender la óptica bajo la cual se trabajó para hacer el tratamiento.

#### **Depresión.**

Todas las personas sienten tristeza alguna vez, pero esta se diferencia de la depresión, ya que esta última, tiene una duración más larga, además interfiere con el desenvolvimiento y

funcionalidad en la vida cotidiana y llega a causar hasta malestar físico. La depresión es una combinación de aspectos genéticos, químicos, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales los cuales contribuyen con el desorden (APA, 2012). Muchas veces ocurre como un resultado de un desbalance de ciertas áreas mentales, emocionales y físicas. Dentro de los síntomas que se encuentran en este trastorno están, la tristeza, la pérdida de interés o placer en las actividades, pérdida o aumento de peso, dificultad para dormir o exceso de sueño, pérdida de energía, sentimientos de desvalorizaciones e ideación suicida. La depresión tiene una incidencia pico entre los 15 y 30 años y suele ser mucho más propenso en las mujeres, además se conoce que hay diferentes circunstancias comunes que pueden contribuir al desarrollo del desorden, como la conocida depresión postparto (APA, 2012).

El DSM-IV-TR clasifica la depresión en distintos tipos, entre ellos la Depresión Mayor, el mismo que se le diagnosticó a la cliente y con el que se trabajará a lo largo del estudio. También presenta cierta información relevante a la depresión, la cual se cree necesario considerarla. El Trastorno de Depresión Mayor se lo asocia con una alta mortalidad, llegando a tener un 15% de muertes por suicidio, esto aumentó cuatro veces más en personas mayores a los 55 años. Otro dato importante es que, al menos el 60% de los individuos con un primer episodio, puede esperar tener un segundo episodio, la probabilidad aumenta conforme se producen más episodios; si se tuvo un segundo episodio, hay 70% más de probabilidad de tener un tercero, y al tener el tercero, la probabilidad aumenta al 90% (DSM-IV-TR, 2000).

A continuación se describirán las principales corrientes terapéuticas a través de las cuales se puede realizar un abordaje clínico a la Depresión Mayor.

### **Abordajes terapéuticos para la depresión**



El Trastorno de Depresión Mayor puede ser abordado a través de distintas ópticas. A lo largo de la historia su tratamiento se ha realizado mediante enfoques psicoanalíticos, cognitivos, conductuales, cognitivo-conductuales, humanistas e incluso terapias sistémicas. El tipo de terapia es utilizada según la formación del terapeuta y su afinidad con las diversas corrientes, cada una interviene mediante conceptos, técnicas y enfoques distintos, pero buscando siempre como resultado el bienestar y la funcionalidad del cliente mediante la disminución de síntomas. Hay que tomar en cuenta la efectividad que tiene cada Terapia con el trastorno con el que se va a trabajar.

La Terapia Farmacológica y la Terapia Cognitiva Conductual son las más investigadas en el área de depresión y las que presentan más evidencia empírica respecto a su eficacia. Estos dos tratamientos han sido el foco de estudios profundos, con respecto a los resultados que producen y los mecanismos que podrían explicar sus efectos. Además han ayudado a mejorar la comprensión de la naturaleza de la depresión, y su curso posterior al tratamiento. A continuación se hará un breve resumen de las teorías y su tratamiento enfocado en la depresión.

### ***Terapia Cognitiva Conductual***

Existe un considerable respaldo empírico para el uso de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) en el tratamiento de depresión mayor de leve a moderadamente grave, la cual fue desarrollada por Beck en la década de 1960 (Scott, 2001). Hay varios estudios respecto a trastornos depresivos, graves y crónicos, prevención de recaídas, y beneficios potenciales en la combinación de TCC con medicación. La teoría cognitiva de Beck, postula que algunos individuos pueden ser vulnerables a la depresión porque se desarrollan creencias disfuncionales, como resultado de experiencias previas y sus aprendizajes (DeRubeis, Siegle,

& Hollon, 2008). Estas creencias pueden estar latentes durante largos períodos y se vuelven principales por eventos que tienen un significado específico para el individuo. Generalmente estas creencias giran en torno a ser indefenso o incapacidad de ser amado. Cogniciones negativas acerca de sí mismo, del mundo y del futuro acompañan a la depresión y refuerzan las creencias disfuncionales. Bajo esta propuesta, existen también los pensamientos automáticos negativos, que dominan el pensamiento de los pacientes deprimidos y se sostienen bajo distorsiones en el procesamiento de la información (DeRubeis et al., 2008). Hay un círculo vicioso en donde el bajo estado de ánimo aumenta los pensamientos negativos que a su vez conducen nuevamente a la disminución adicional del estado y este modelo permite entender el mantenimiento de la depresión. La intervención dentro de este ciclo puede ser eficaz en el alivio de los síntomas agudos. La TCC es un enfoque colaborativo, las intervenciones se seleccionan sobre la base de una conceptualización cognitiva que identifica las creencias centrales negativas las cuales explican la aparición y mantención de la depresión (DeRubeis et al., 2008). Si el paciente muestra un bajo nivel de funcionamiento, las técnicas conductuales pueden ser utilizadas para mejorar los niveles de actividad y mejorar el estado de ánimo; el objetivo principal sigue siendo identificar y modificar las cogniciones negativas y creencias desadaptativas. Es crítico para la TCC reducir la vulnerabilidad a la recaída depresiva en el futuro. El objetivo de los terapeutas es ayudar a los pacientes a adquirir habilidades para identificar los pensamientos y las imágenes que acompañan y preceden a la experiencia de las emociones desagradables; y a través de experimentos encontrar la validez de sus creencias (DeRubeis et al., 2008).

### ***Terapia farmacológica***

Los antidepresivos son los medicamentos que se utilizan para el tratamiento de depresión, se dividen en clases principales, los inhibidores (IMAO) y los tricíclicos (ATC). Los tratamientos desarrollados más recientemente, incluyen agentes que bloquean la recaptación de la serotonina, la noradrenalina o la dopamina, estos nombres se refieren a los sistemas de neurotransmisores que se cree que afectan más. Los selectivos de la recaptación de serotonina, han sido los más recetados hasta la fecha, a pesar de que los tricíclicos, que son nuevos, están entrando en uso generalizado (Scott, 2001). La eficacia de este tratamiento se ha establecido en miles de ensayos clínicos (placebo-control). Aproximadamente la mitad de los pacientes responderá a la administración de medicamentos, independientemente de su clase o si son una combinación de los mismos. Sin embargo los medicamentos antidepresivos parecen ser supresores de síntomas en lugar de curativos; es decir, su administración es eficaz en el tratamiento de la depresión, y es preventivo siempre y cuando su uso se mantenga. No hay estudios publicados hasta la fecha, donde se reporte la reducción de futuros episodios depresivos, al terminar el tratamiento, debido a los medicamentos. Esto sugiere que los mecanismos causales de la depresión no se han modificado, y se mantiene un riesgo elevado de aparición de episodios posteriores si dejan de tomar los medicamentos; no todos los pacientes experimentan esta recaída (Scott, 2001). Los efectos a largo plazo de los cambios que se producen en la cognición y el comportamiento no han sido examinados. La falta de evidencia de que el tratamiento de antidepresivos en seres humanos reduce el riesgo de desarrollar episodios subsecuentes, sugiere que los cambios en la función y la estructura cerebral debido a los medicamentos, no protege al paciente contra el retorno de los síntomas una vez interrumpida su administración (Scott, 2001).

Hay varios enfoques que proponen diferentes tratamientos con la depresión, cada uno de ellos lo trabaja desde diferentes perspectivas, pero todos buscando el bienestar del cliente. No sólo depende de la orientación del terapeuta sino de la aceptabilidad que tenga el cliente a la terapia, no todos tienen la misma facilidad de adaptarse a un tipo de terapia. A pesar de que la TCC y la Terapia Farmacológica sean considerablemente más estudiadas en relación a la depresión, existen otras terapias que también resultan efectivas en el mejoramiento de los clientes. Que tengan resultado depende mucho de el manejo que dé el terapeuta a la terapia y si el cliente está predispuesto a generar un cambio. Muchas veces los terapeutas aplican lo que dice la teoría sin percatarse si el cliente está cómodo o no con lo que se está realizando. Es por esto que en todas las corrientes terapéuticas es tan importante la alianza que se crea mediante la relación terapeuta-cliente, basada en empatía. El deseo y esfuerzo del terapeuta por entender lo que es ser el cliente y comunicar sobre esto, es una herramienta vital para captar la naturaleza y el significado de la experiencia (Cain & Seeman, 2002). La efectividad del proceso depende de varios factores que acompañan esta alianza, como la aceptación incondicional al cliente, la genuinidad del terapeuta, la apertura al cambio, la adaptación al método terapéutico, entre otros. Rogers afirma que no se trata de resolver un problema particular, sino ayudar al individuo a crecer, para que así puedan hacer frente al problema actual. En cualquiera de los casos, se pretende desarrollar el potencial de los clientes para que puedan utilizar sus propios recursos. En la Terapia Humanista, se confía plenamente en el cliente y sus capacidades para el cambio constructivo, pues ellos son personas con potencial, pero este debe ser desarrollado (Cain & Seeman, 2002). Uno de los mayores esfuerzos de los terapeutas es reforzar la creencia de los clientes de que son ellos los únicos autores de sus vidas. Es importante ver a la persona como una entidad única, que se diferencia de todo el resto de personas, por lo que tiene experiencias, características y respuestas personalizadas y

únicas. Lo que las personas necesitan, muchas veces, es dar sentido a sus experiencias y encontrar un significado en sus vidas; es esta una de las razones por las que las personas acuden a terapia. Es crucial la importancia que se debe dar a los clientes, ya que son ellos los únicos que pueden direccionar al proceso en el camino adecuado. Dentro de los valores fundamentales que se consideran en la Terapia Humanista, está el creer que las personas tienen el derecho, deseo y habilidad para determinar qué es lo mejor para ellos y cómo pueden alcanzarlo (Cain & Seeman, 2002). Además, están fuertemente inclinados a involucrarse en conductas que son colaborativas y proporcionan máxima libertad a los clientes; por esta razón no usan métodos considerados directivos o persuasivos. Al igual, hay que tener en cuenta que, el cliente cambia conforme el proceso se desenvuelve, debido a la intensidad con la que se trata con la experiencia propia. Un ingrediente principal de las terapias que se basan en la experiencia que se vive dentro de las sesiones, es que se evidencia cómo la persona se maneja en la vida cotidiana, pero frente al terapeuta (Cain & Seeman, 2002). Son estos factores y más, los que permiten abrir los puntos de vista de las psicoterapias para adoptar una corriente que se adapte al terapeuta y al cliente. Cada terapia mantiene evidencia sobre efectividad y beneficios, siempre y cuando esto sea aplicado de manera auténtica y genuina. El campo de la psicoterapia es bastante amplio y esto permite escoger entre los diferentes enfoques, pues todos tienen algo interesante que aportar.

### **Terapia enfocada en las emociones (EFT)**

La EFT es una corriente terapéutica que empieza en los 80's y nace de la Terapia Humanista; se la puede definir como la práctica, dentro de terapia, que da un importante énfasis en la comprensión del rol de las emociones en el cambio psicoterapéutico. Este enfoque lleva, tanto al cliente como al terapeuta a encontrar diferentes estrategias. Su

objetivo principal son la concientización, expresión, utilización, regulación y transformación de las emociones (Greenberg, 2011). El trabajo mediante la experiencia tiene mucho más potencial a producir cambios que el trabajo puramente intelectual (Goldman, Greenberg, & Pos, 2005). Se da un peso considerable a la experiencia del cliente frente a las emociones, pero no se deja de lado, la importancia de la creación de un significado, y el cambio que se genera en el comportamiento. El EFT está basado en la idea de “siento, entonces soy”, con esto se refiere a que primero se siente y después se piensa; y a menudo se piensa sólo en la medida de lo que se siente. Se busca tener como resultado, que los clientes se vuelvan más hábiles en acceder a sus emociones y todo lo que ellas les provocan, logrando vivir de una manera más funcional y adaptativa (Greenberg, 2011). Otro factor muy importante para el EFT es la relación terapéutica, ya que los estudios aseguran que es uno de los mejores predictores del resultado psicoterapéutico (Missirlian, Toukmanian, Warwar, & Greenberg, 2005). Dicha relación debe estar basada en elementos como la empatía, la autenticidad y la aceptación incondicional positiva hacia el cliente. El entendimiento empático como una de las características del terapeuta, es considerado un predictor de resultado. Esta relación se vuelve clara, si el entendimiento del terapeuta está basada en el punto de vista del cliente (Cain & Seeman, 2002). La experiencia que se vive ese momento en terapia frente a las emociones, también es de los recursos más importantes, ya que a través de esto, se busca lograr el cambio terapéutico, y así cambiar el enfoque mal adaptativo que el cliente ha dado a la emoción. El centro de este enfoque es hacer que los clientes discernan cuando es apropiado cambiar sus emociones o regularlas al momento en que están causando malestar (Greenberg, 2011). Para que una emoción pueda ser modificada es necesario un proceso previo en donde las emociones hayan sido identificadas, aceptadas y necesariamente experimentadas, sin estos elementos no puede haber un cambio (Missirlian et al., 2005).

Observaciones clínicas sugieren que hay partes de las sesiones terapéuticas que son colaborativas y ayudan al proceso, mientras que otras partes son tomadas como terapéuticas, pero menos importantes o centrales (Goldman et al., 2005). La mayoría de problemas están compuestos por elementos que no se pueden dejar de lado y deben ser tomados en cuenta, como los biológicos, fisiológicos, cognitivos, sociales, culturales y emocionales. Se considera que el EFT tiene un enfoque integrativo que incluye motivación, cognición, comportamiento e interacciones, sólo que la atención se centra en las emociones de las personas como vía principal para el cambio (Greenberg, 2011). Es por esta razón que las técnicas para enfocarse en las emociones pueden ser usadas en cualquier otro tipo de tratamiento, y puede resultar de gran complemento (Paivio, & Greenberg, 2001). Se ve a las emociones como algo que rige los aspectos más importantes de la vida, son como señales de aquellos eventos que afectan las más profundas preocupaciones y las relaciones más importantes (Greenberg, 2011). Aún así hay veces en las que las emociones llevan a realizar cosas que no se entienden y hasta pueden llevar al arrepentimiento, otras veces pueden ser vagas y dispersas, y sólo se vuelven claras cuando se logra simbolizarlas y transmitir las a los demás (Paivio, & Greenberg, 2001). Es necesario hacer un hincapié en el énfasis que se da a que son los clientes los únicos expertos en sus experiencias, y son ellos los que tienen un acceso más cercano a sus emociones; son los constructores del propio significado de su vida (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006). Otro punto interesante de las emociones es que son cruciales para la motivación, es más común que la gente haga aquello que siente más que lo lógico. Además no hay que olvidarse que las emociones también influyen los pensamientos, es por esto que antes de intentar cambiar lo que el cliente piensa se debe cambiar lo que siente, y lo uno llevará a lo otro (Greenberg, 2011). Las emociones no sólo gobiernan la forma en que se ven las personas y cómo ven al resto, sino que también influyen en las

interacciones interpersonales (Goldman et al., 2005). Uno de los principios básicos propuestos es que, la clave para la transformación de una emoción, inicialmente implica la aceptación de la emoción, más que de el esfuerzo en sí por cambiarla. El dolor o malestar emocional es lo que debe ser totalmente sentido y escuchado, sólo de esa manera se logrará el cambio (Greenberg, 2011). Es por esto que una de las tareas más importantes es alentar a los clientes a lograr identificar y simbolizar su experiencia interna y el sentir corporal, de esa manera crear un nuevo significado que a su vez promueve un cambio en la narrativa. Cambiar una emoción con otra emoción es otro de los planteamientos que se hace el EFT. Cuando hay una disfunción en el cliente, es visto como algo que surge a través de una variedad de diferentes mecanismos emocionales, tales como la falta de conciencia emocional, la evitación, o la negación de la experiencia emocional. Por último, la competencia emocional involucra el acceso a la experiencia emocional, la habilidad para regular y transformar las emociones mal adaptativas y el desarrollo positivo de las narrativas de identidad (Greenberg, 2011).

### ***Historia.***

La Terapia Humanista ofrece una orientación más positiva hacia la naturaleza humana, y mantiene que los individuos tienen los recursos y la capacidad de elección y, sobretodo, concientización. El enfoque individual, originalmente se denominó Terapia del Proceso Experiencial (Process Experiential Psychotherapy), reflejando sus raíces y principios en los enfoques neo humanistas y experienciales (Greenberg, 2011). Surgió después el término Terapia Enfocada en las Emociones (Emotional Focused Therapy), inicialmente, para describir el enfoque de terapia de pareja, donde la expresión de las emociones vulnerables subyacentes eran el centro para cambiar la interacción y en el restablecimiento de



lazos emocionales de la pareja. EFT comenzó con un estudio con personas moderadamente angustiadas y con problemas interpersonales, pero se expandió y demostró ser eficaz para aplicarse en diferentes poblaciones y grupos de diagnóstico. Algunos de estos grupos son, depresión, trauma, parejas con dificultades y recientemente se lo amplió a Trastornos Alimenticios, Trastorno de Personalidad Borderline y Trastornos de Ansiedad (Greenberg, 2011). EFT surgió de un enfoque basado en la investigación para entender el proceso de cambio en psicoterapia, junto con un interés en el papel de la emoción en el funcionamiento humano. Se empezó a ver el cambio terapéutico como resultado de dos aspectos, la relación centrada en el cliente, y a eso sumado el impacto de los acontecimientos considerados significativos en terapia; esto lleva a considerar que hay tipos específicos de procesos de cambio, así como de tipos de cambio. Los clientes son vistos como agentes activos que tratan de resolver sus problemas, y el terapeuta podría facilitar esto con sus intervenciones. Este enfoque centrado en las emociones empezó a ser enseñado y practicado en una variedad de contextos multiculturales y se encontró que se debía aplicar con ciertas modificaciones (Greenberg, 2011).

### ***Teoría de las emociones.***

Las emociones informan a los individuos de sus experiencias frente a eventos internos o externos, y por lo tanto son consideradas un recurso importante de información con respecto a las circunstancias dadas (Missirlian et al., 2005). Las emociones son fundamentalmente adaptativas y nos proporcionan nuestro modo básico de procesar información, rápida y automáticamente (Greenberg, 2011). Además evalúa situaciones según su relevancia para encontrar el bienestar, y produce tendencias de acción para satisfacer nuestras necesidades (Missirlian et al., 2005). Las emociones en terapia, de este modo, actúan

como una guía tanto para el cliente como para el terapeuta, acerca de lo que es importante para el cliente y las necesidades que se están satisfaciendo y las que no (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006). El principio clave del EFT, es que las emociones proporcionan acceso a las necesidades, deseos o metas, y a las tendencias de las acciones que se relacionan (Greenberg, 2011). Por lo tanto, cada sentimiento tiene una necesidad que necesita ser atendida.

Dentro del cerebro, las emociones tienen sus propias bases neuroquímicas y fisiológicas; el sistema límbico es el responsable de las respuestas emocionales básicas (Greenberg, 2011). Este mismo gobierna muchos de los procesos fisiológicos del cuerpo, por lo que influye en el sistema inmunológico, salud física y la mayoría de los órganos del cuerpo (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006). Se han identificado dos diferentes caminos que producen emoción; el más rápido, el de la amígdala, que manda señales automáticas de emergencia al cerebro y al cuerpo, produciendo respuestas viscerales (Greenberg, 2011). Y el más lento, el de la neocorteza, que produce emociones mediadas por el pensamiento; es natural que en ciertas ocasiones tengamos que responder más rápido y en otras integrando la cognición con la emoción. El desarrollo de la corteza agregó una nueva forma de respuesta emocional, en la que se aprendía señales de lo que había evocado la emoción en la experiencia personal de la persona (Greenberg, 2011).

### ***Esquemas emocionales.***

Los esquemas emocionales están en la base del sistema de respuesta emocional de una persona adulta; siendo estructuras de la memoria emocional interna, que recopila lo afectivo, motivacional, cognitivo y comportamental en organizaciones internas (Greenberg, 2011). Estas organizaciones se activan rápida e inconscientemente cuando una señal relevante entra;

estas señales coinciden con las características de entrada del esquema y producen experiencia y acción como resultado (Paivio, & Greenberg, 2001). Dentro de la memoria de esquemas emocionales entran las experiencias importantes de la vida, las mismas que tienen la virtud de activar respuesta emocional. El aprendizaje esquemático de la emoción hace un sistema de proceso adaptativo más flexible, pero de igual manera los abre a la posibilidad de convertirlos en mal adaptativas. Cuando el modo básico de procesamiento motivado emocionalmente, se ponga en marcha por la activación del esquema, lo haga inconscientemente e influya en el proceso consciente (Greenberg, 2011). Sólo después de que este procesamiento básico se ha activado, la persona empieza a procesarlo de manera más consciente para fuentes de peligro y por último, simbolizar en palabras en peligro evaluado y generar formas de lidiar con él (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006). Dichos procesos pueden incluir componentes lingüísticos, pero en su mayoría, y muchas veces en su totalidad, pueden consistir en elementos no verbales como imágenes y sensaciones corporales. El cambio duradero se produce mediante la recopilación de dos o más esquemas ya existentes (Greenberg, 2011).

### ***Tipos de emociones.***

Trabajar con los principios básicos del EFT, involucra conocer entre experiencias emocionales adaptativas o mal adaptativas y emociones que son primarias o secundarias, es importante acceder a las emociones mal adaptativas para poder transformarlas, en un proceso donde se expone a nuevas experiencias y por lo tanto se crea un nuevo significado (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006). No todas las emociones tienen siempre la misma función, por lo que es crucial para el terapeuta poder distinguir entre los diferentes tipos de experiencias y expresiones emocionales, para poder guiar al cliente y hacer las intervenciones

adecuadas. La EFT propone 4 formas distintas en que una persona experimenta la emoción (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006).

*Emoción primaria adaptativa.*

La función normal de la emoción consiste en procesar rápidamente información situacional compleja, que proporcione retroalimentación a la persona acerca de su reacción con el objetivo de prepararla para reaccionar de manera efectiva (Greenberg, 2011). Estas respuestas no tienen mayor complicación, resultan ser rápidas y efectivas a las necesidades (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006). Entran dentro de esta categoría ya que, como su nombre lo indica, resultan adaptativas para la persona; la emoción es consistente con la situación inmediata, por lo que se reacciona de manera adecuada. Estas son las emociones que se deben fortalecer, acceder y promover por parte del terapeuta (Greenberg, 2011).

*Emoción primaria mal adaptativa.*

Estas emociones, a pesar de que al igual que las anteriores, son reacciones directas a situaciones, no ayudan a que la persona sobrelleve el estrés o malestar del momento (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006). Al contrario, no permiten un funcionamiento adecuado, su reacción puede no ser coherente, y aumenta la intranquilidad de la persona (Greenberg, 2011). Generalmente involucran respuestas sobre-aprendidas, basadas a menudo, en experiencias traumáticas previas (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006).

*Emoción secundaria.*

Como su nombre lo indica, estas emociones son consecuentes a la respuesta primaria; muchas veces se tiene una reacción frente a la emoción primaria y esto hace que se cambie por una secundaria. Se lo podría definir también como una reacción a la reacción, y funciona opacando o simplemente transformando, a la emoción original (Greenberg, & Pascual-Leone,

2006). Esto, una vez más, lleva a que no se tenga una reacción adecuada y consistente con lo que está sucediendo, lo que le quita funcionalidad (Greenberg, 2011). Muchas veces estas emociones buscan evitar el malestar que las emociones primarias le están causando y por eso las alejan.

#### *Emociones instrumentales.*

Por último, estas emociones se expresan con el objetivo de controlar o manipular a otros (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006). De igual manera, se cambia la respuesta emocional original, con el fin de influir en la otra persona y ganar algo con esto. Este tipo de respuesta, puede a su vez, generar otra respuesta emocional (Greenberg, 2011).

#### *Disfuncionalidad.*

Para la Terapia Enfocada en las Emociones, la disfuncionalidad no es vista como proveniente de un mecanismo sólo, por el contrario, se cree que se deriva de muchos caminos posibles; dentro de los cuales se incluyen; la falta de consciencia o la evitación de los estados internos, el fracaso en la regulación emocional, la respuesta mal adaptativa basada en el aprendizaje traumático o en déficits del desarrollo, la protección contra el daño a la propia autoestima, conflictos internos, y los bloqueos al desarrollo del significado. Este enfoque favorece una visión fenomenológica de la disfunción en la cual el terapeuta intenta trabajar con la experiencia actual de la persona, para así identificar los determinantes y mantenedores que se encuentran ocultos en cada problema de las personas (Greenberg, 2011). Los terapeutas de EFT, privilegian el diagnóstico de los estados dentro de sesión antes que el diagnóstico en sí de la persona, o el diagnóstico del desorden. Se ha encontrado algunos tipos de dificultades emocionales que contribuyen claramente a la disfunción, muchas veces estos se convierten en el foco del tratamiento ya que todos ellos son basados en emociones.

Algunos de ellos se los conoce como baja consciencia emocional, respuestas emocionales mal adaptativas, la no regulación emocional, problemas en la narrativa y el significado existencial (Greenberg, 2011). La meta del cliente es que llegue a ser consciente de sus emociones primarias, para después ser consciente de aquellas que resultan adaptativas (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006).

### ***Falta de consciencia emocional.***

El primer recurso general de la disfunción es la inhabilidad para simbolizar la experiencia sentida corporalmente en la consciencia. La no aceptación de una emoción, debido al déficit de una habilidad, la negación o la evitación, priva a la gente de una valiosa información adaptativa; es una dificultad muy común vista en los clientes (Greenberg, 2011). No estar consciente, o no ser capaz de dar sentido a la tensión que aumenta en su cuerpo, hace que no sea posible lograr asociarlo con una emoción (Missirlian et al., 2005). La evitación o inhabilidad para nombrar las emociones y las experiencias internas, pueden ser la causa principal de ansiedad y depresión; la imposibilidad de acceder a la ira o a la profunda tristeza puede desatar en depresión (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006). Otra dificultad común es que las respuestas emocionales adaptativas que son muy dolorosas para las personas son ocultadas por otras respuestas emocionales. De esta afirmación es que sale una de las suposiciones centrales del EFT, la cual propone que la disfunción debido a la evitación y negación de la experiencia primaria, resultan en la incapacidad para integrar ciertas experiencias de organizaciones ya existentes (Greenberg, 2011). Volverse consciente y lograr simbolizar las experiencias centrales emocionales en palabras, dan acceso a información adaptativa y a la tendencia a la acción en las emociones. El haber aceptado la

emoción, en vez de evitarla, hace que esa emoción pueda ser utilizada y trabajada en terapia (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006).

### ***Esquemas emocionales mal adaptativos.***

Si la experiencia temprana de la emoción es encontrada repetidas veces con respuestas poco óptimas y problemáticas por parte de los cuidadores, se da como resultado el desarrollo central de los esquemas emocionales mal adaptativos, en contraste a los resilientes.

Emociones como el miedo primario adaptativo, una vez que se ha utilizado para afrontar una situación en el pasado de manera mal adaptativa, no vuelve a ser un recurso de afrontamiento adaptativo en el presente (Greenberg, 2011). El Yo se organiza alrededor de la experiencia emocional, la misma que forma un esquema de la emoción central y cuando resulta mal adaptativa, funciona para manejar las emociones más difíciles. El grado en el que las respuestas emocionales se vuelven posteriormente desorganizadas y resistentes al cambio, depende en parte, en qué tan temprana fue la experiencia, cuan intensa y que tan frecuente, se activan las situaciones ocurridas (Greenberg, 2011).

### **EFT en depresión.**

El EFT ve a la depresión como un desorden emocional del Yo e involucra una pérdida del sentido propio de vitalidad y capacidad para organizarse de manera resiliente. Las personas con depresión se ven como débiles, dañados y culpables, y reaccionan a los percances con una pérdida significativa de autoestima. Debido a la activación de recuerdos emocionales esquematizados sobre importantes pérdidas, fracasos y humillación, el Yo, se organiza como desesperanzado, impotente, incompetente e inseguro. Estos recuerdos generales, vienen de las experiencias de las personas de ciertos sentimientos previos de sus vidas, a menudo de sus años de formación (Greenberg & Watson, 2006). Una vez que están

activadas estas emociones, basadas en la auto-organización, perjudica la capacidad de las personas a procesar y regularse emocionalmente (Carryer, & Greenberg, 2010). La meta de la terapia es restaurar la espontaneidad de la propia capacidad para funcionar, acceder y soportar los recursos ya existentes de la personalidad, para así permitir una transformación (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006). La depresión es una forma de auto-organización diseñada para regular el Yo, y la manera en la que se afrontan las situaciones percibidas; probablemente se genera como una respuesta a una pérdida abrumadora, impotencia o derrota (Carryer, & Greenberg, 2010). Durante los episodios depresivos, la gente no tiene acceso a su dolor central, por el contrario, se sienten con malestar global, y sin motivación (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006). En la actualidad se encuentra bastante evidencia empírica que terapias experimentales, aquellas que te exponen a sentir la emoción dentro de la sesión; son efectivas aliviando la depresión, reduciendo problemas interpersonales y aumentando la estima propia (Missirlian et al., 2005).

En los adultos la depresión parece construirse sobre los sentimientos de inadecuación y falta de apoyo, originado en la adolescencia; además parecen asumir más responsabilidad por su rol negativo en la interacción social, por lo que son más auto-críticos (Greenberg & Watson, 2006). A su vez, experimentan ira hacia otros, pero no lo demuestran con frecuencia, al parecer desarrollan defensas más fuertes para inhibir su enojo e impulsos agresivos (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006). Se ha encontrado que, en adultos, la depresión es consecuencia, frecuentemente, de eventos estresantes en la vida, principalmente, pérdida y humillación (Greenberg & Watson, 2006).

### **Emociones en depresión.**



Es importante recordar que la depresión no es una emoción, es un síndrome causado por la evitación de emociones centrales (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006). Las mujeres son más propensas a desconocer su ira, mientras que los hombres, su tristeza y sus vulnerabilidades. En un estudio realizado por Kagan (2003), surgieron 4 grupos de emociones generales, en los que la mayoría de los clientes enfocaron su terapia de depresión; vergüenza o culpa, miedo o ansiedad, tristeza e ira. Todos los clientes presentaron al menos una de dichas categorías emocionales (Greenberg & Watson, 2006).

### **Curso de tratamiento.**

La terapia para la depresión de EFT, se separa en tres fases, la primera incluye vinculación y concientización emocional, la segunda, evocación y exploración de las emociones, y se finaliza con la transformación de las mismas. A continuación un cuadro (Greenberg & Watson, 2006). que resumirá los principales pasos de cada una de las fases del tratamiento propuesto por la EFT.

*Tabla 1. Curso de tratamiento EFT para depresión (Greenberg & Watson, 2006).*

<b>FASE</b>	<b>PASOS</b>
1. Vinculación y concientización emocional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atender, identificar y validar las emociones del cliente y su actual significado propio</li> <li>2. Proporcionar razones para trabajar con emociones</li> <li>3. Promover la concientización de la experiencia interna</li> <li>4. Establecer un enfoque colaborativo</li> </ol>
2. Evocación y Exploración	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer apoyo</li> <li>2. Evocar y despertar sentimientos problemáticos</li> </ol>

	<p>3. Terminar interrupciones</p> <p>4. Colaborar con el cliente para que acceda a sus emociones primarias o a sus esquemas centrales mal adaptativos</p>
3. Transformación	<p>1. Colaborar con el cliente para que genere nuevas respuestas emocionales para transformar sus esquemas mal adaptativos</p> <p>2. Promover la reflexión para hacer sentido la experiencia</p> <p>3. Validar las nuevas sensaciones y apoyar una nueva sensación de sí mismo</p>

***Evocación y exploración de las emociones.***

El terapeuta necesita evaluar si el cliente está preparado para evocar sus emociones, y es importante fijarse si hay el suficiente apoyo interno antes de traer emociones dolorosas (Greenberg & Watson, 2006). El foco principal muchas veces es construir soporte para promover el contacto con las emociones, para esto es necesario promover el apoyo empático y ayudar a los clientes a tomar conciencia de sus bloqueos (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006). En el caso de personas con inhabilidad para reconocer emociones, es necesario trabajar con estos clientes, en que se vuelvan conscientes de su inhabilidad para nombrar las emociones, para después proveer tareas, como diarios de emociones, con el objetivo de desarrollar la habilidad. En estos casos, también se requiere ser extra empático, y mucho más sensible para colaborar al paciente a trabajar con su experiencia más profunda (Greenberg &

Watson, 2006). Se pueden usar varias técnicas para vivificar las experiencias del cliente, entre ellas está la respuesta empática, “Focusing”, imaginación, silla vacía, entre otros (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006). En el caso de clientes diagnosticados con depresión, en los que sus emociones no están reguladas, mediante dichas técnicas, se pretende regularlas. Las intervenciones utilizadas para facilitar la exploración del cliente siempre involucran un balance entre la directividad y la respuesta empática. En el proceso de exploración, los clientes suelen recordar y revivir momentos concretos, vuelven a sentir la experiencia de eventos pasados, y hasta crear diálogos con ellos mismos u otros (Greenberg & Watson, 2006).

### **Técnicas para intervenciones.**

#### ***“Focusing”.***

Los terapeutas usan “Focusing” cuando los clientes quieren explorar sus experiencias internas, pero no tienen muy claro aquello que están sintiendo, pues no están en contacto con aquella experiencia subjetiva (Greenberg & Watson, 2006). Es importante sugerir a los clientes que traten de enfocarse en esta “sensación sentida” (felt sense), lo que significa prestar atención a la experiencia corporal, que está poco clara o ausente; a continuación la persona tiene que identificar el lugar en su cuerpo donde se está viviendo la situación. No se trata de pensar, ni de la emoción en sí, se trata del significado que damos a la emoción (Hendricks, 2002). Se le pide al cliente, que se ponga toda la atención a ese espacio interno, y nombre todo lo que salga de ahí; una vez nombrados todos los matices de su estado interno, se solicita que se identifique alguna emoción o problema para enfocarse y atenderle únicamente a eso (Greenberg & Watson, 2006). Es crucial darle toda la atención posible, y concentrarse en la emoción de manera que se pretenda ver que ocurren en él, internamente. El

terapeuta puede intervenir en este proceso, gentil y tentativamente, ofreciendo algunas alternativas de su nombre original (Palmer-Olsen et al., 2011). Colaborativamente, el terapeuta y el cliente, buscan encontrar un nombre adecuado que encaje con la experiencia; una vez que esto se ha logrado, se puede comenzar a explorar lo que este sentimiento significa y a identificar la cuestión o la situación a la que pertenece (Greenberg & Watson, 2006). No todos los clientes tienen la habilidad para realizar esta técnica, estudios indican que estas personas pueden ser entrenadas para hacerlo, esto lleva al éxito de la terapia. Se han identificado algunos factores que ayudan a los clientes a enfocarse: tener alguien que le escuche, encontrar una distancia adecuada del problema, crear un espacio seguro y confiar en la experiencia que está viviendo el cliente (Hendricks, 2002).

### ***Silla vacía y doble silla.***

El diálogo de la doble silla es entre partes de uno mismo que se encuentran en conflicto, o también se lo realiza con algún aspecto de sus propias experiencias que le estén causando malestar. En este tipo de conflictos divididos (splits), dos partes de uno mismo están en oposición. En uno de estos tipos de diálogo, en los que no se reconoce esta parte de uno mismo, se establece una conversación en donde el cliente actúa rechazando una parte de él, como si no fueran él, y que se rehúsa a identificarse con la otra parte (Greenberg & Watson, 2006). Este proceso de no reconocer la experiencia y de negar la tendencia a la acción, conduce a una necesidad no integrada, o a un resentimiento, y algunas veces, se expresa como sentirse de una manera fuera de control (Greenberg, 2008). En el tratamiento de la depresión, esta es una intervención que tiene como objetivo específicamente el trabajo con la auto-crítica y el desprecio propio (Greenberg, 2008). Una vez que se ha identificado, por el terapeuta, la voz auto-crítica, se debe animar al cliente a visualizarse y comenzar a

criticarse a sí mismo. Es guiada, la voz crítica, para que sea lo más específica posible, expresando sus críticas, de manera que se evoque la experiencia depresiva de manera concreta. Entonces se le pide al cliente que se mueva a la otra silla que se encuentra ubicada al frente, y se le pregunta por su reacción emocional a dicha crítica (Greenberg & Watson, 2006). Tanto la silla vacía como la doble silla, son técnicas que se utilizan para evocar emociones de los clientes, para así identificarlas, nombrarlas, entender su significado y llegar a modificarlas.

### ***Aceptación de las emociones.***

Una vez que los clientes han logrado explorar su experiencia interna, muchas veces pueden seguir teniendo problemas en aceptar dichas experiencias, y por lo tanto en las emociones generadas (Greenberg & Bolger, 2001). Los clientes con depresión, pueden ser muy críticos respecto a lo que sienten, creyendo que sus sentimientos están mal, o convenciéndose a sí mismos de huir de la experiencia (Greenberg & Watson, 2006). Es muy frecuente que intenten moldear sus experiencias y emociones como ellos creen que deberían ser; es necesario que se las acepten como son, y no negando las que son más dificultosas que otras (Mendes, Ribeiro, Angus, Greenberg, Sousa, & Goncalves, 2011). Muchas veces, los clientes se reprimen, culpan y castigan a sí mismos con palabras duras y muy críticas, cuando no pueden aceptar algunos aspectos de su experiencia, no pueden escucharse de una manera abierta y receptiva (Greenberg & Watson, 2006). En estos casos es necesario que uno de los objetivos de la terapia sea el llegar a aceptar cada una de las emociones primarias, validándolas, para de esa forma transitarlas, vivirlas y transformarlas.

Otra de las terapias implementadas dentro de el proceso terapéutico fue la Terapia de Relajación de Jacobson, a pesar de que no entra dentro de la teoría del EFT, se consideró

apropiado ya que promueve la atención en los cambios corporales internos, y esto se lo puede asociar con los cambios que surgen en el cuerpo a raíz de las emociones provocadas (body felt sense).

### **Terapia de relajación muscular progresiva de Jacobson.**

Edmund Jacobson desarrolló la Terapia de Relajación Muscular a través de una investigación en la Universidad de Harvard; la relajación de la fibra muscular y la ausencia completa de contracciones, son lo contrario a la tensión que se encuentra en personas con ansiedad y depresión, es por esto que se considera un tratamiento adecuado para los mismos. Se descubrió que si de forma sistemática se tensaba y relajaba los diferentes grupos musculares, aprendiendo a atender y discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación; una persona puede eliminar casi por completo las contracciones musculares y así, experimentar una sensación de relajación profunda (McCallie et al., 2006). Su adaptación de la técnica de relajación muscular progresiva fue la característica central de la desensibilización sistemática, un procedimiento clínico que abrió la puerta a tratamientos conductuales de los trastornos de ansiedad. Hay una sucesión de eventos que tienen que ocurrir con respecto a cada grupo muscular, la atención del cliente debe estar enfocada en cada uno de los mismos. Bajo la dirección del terapeuta, se tensa el músculo, y se lo mantiene de esa manera por un período de 5 a 7 segundos cuidando que no se haga un mal movimiento y evitando calambres. Siguiendo con las instrucciones del terapeuta, el músculo se libera y se lo suelta, y la atención se mantiene mientras este se relaja (McCallie et al., 2006).

Existen diversas corrientes psicológicas por medio de las cuales se puede tratar la depresión. Las investigaciones, principalmente revisadas por Leslie Greenberg, indican que el

EFT puede ser efectivo para el tratamiento de depresión, en el que se explora e identifica aquellas emociones que están causando disfuncionalidad. Hay distintas herramientas que pueden ser útiles para evocar las emociones y trabajar en el “aquí y ahora” de lo que el cliente experimenta en cada sesión. Al momento en que se reviven las emociones que están causando malestar, se puede identificar el significado que le ha dado el cliente, y así transformarlo.

## METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación es mixto, es decir cualitativo y cuantitativo. Se utilizó recolección de información mediante entrevistas clínicas y revisión de las grabaciones de audio y de video de las sesiones terapéuticas, por lo que se considera cualitativo. Además se utilizaron herramientas de medición como inventarios de síntomas y pruebas psicológicas que permitieron hacer una medición cuantitativa. Esto ayudó a determinar el grado de depresión de la cliente, su estado al momento de llegar a terapia y su progreso después de terapia.

### **Consideraciones éticas y legales.**

Este estudio siguió la normativa del Comité de Revisión Institucional (IRB) por sus siglas en inglés *Institutional Review Board* de la Universidad San Francisco de Quito, así como también los Principios Éticos de los Psicólogos y el Código de Conducta de la Asociación Psicológica Americana (2002). La terapeuta informó a la cliente, en la primera sesión, respecto a los límites de confidencialidad que se iba a manejar dentro de todo el proceso terapéutico. Se entregó un consentimiento informado, con un formato estandarizado por el Departamento de Psicología de la Universidad San Francisco, que se requiere como formalidad para todas las intervenciones terapéuticas. La cliente revisó, leyó y entendió, todo lo que se consideraba para la asistencia de las terapias gratuitas, incluyendo sus derechos y el permiso para la grabación de cada una de las sesiones; se estableció el acuerdo mediante la firma del mismo. A pesar de que en el consentimiento informado se especifica que el proceso terapéutico puede ser utilizado como trabajo de tesis, al momento de decidirse de la utilización de la terapia para uso del mismo, se volvió a anunciar a la cliente al respecto. Adicionalmente, se informó a la cliente que se modificará su información para asegurar la confidencialidad y seguridad. Se abrió un espacio de preguntas para aclarar dudas surgidas al



respecto, además se aclaró que la terapia podía ser abandonada en cualquier momento que se considerase necesario. Así mismo se ofreció el contacto de la persona a cargo del manejo de la terapias psicológicas, la misma que supervisaba el caso, para cualquier interrogante, sugerencia o percance.

### **Justificación de la metodología seleccionada**

Para la realización de la conceptualización de caso, según el modelo de EFT se considera importante el transcurso de todo el proceso terapéutico, esto facilita el desarrollo de la relación terapéutica, los objetivos y la delimitación de las tareas (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006). Es importante estar abierto a toda la información proporcionada en el paso de la terapia, a los cambios y a las nuevas etapas que se van dando en sesión. También resulta útil para orientar al terapeuta en los aspectos salientes de la experiencia del cliente que deben ser explorados, de esta manera saber cuándo y cómo ser altamente receptivos (Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, 2010). Por último, esto ayuda a la organización, a realizar esquemas de las experiencias del cliente, dirigir la atención, y determinar cuál es el enfoque de la sesión basado en lo que ocurre ese momento (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006).

### **Herramienta de investigación utilizada**

#### **Pruebas psicológicas.**

Se consideró necesario la aplicación de dos diferentes instrumentos de medición para la evaluación del paciente y para una intervención más completa. El primero, Inventario de Síntomas SCL-90-R de Derogatis, el mismo que se desarrolló con el objetivo de poder evaluar los síntomas que se presentan en los pacientes y puede servir de complemento y soporte para un diagnóstico clínico (Casullo, Pérez, 2008). El inventario de Síntomas 90

(SCL-90-R) se considera un instrumento psicométrico de auto-reporte, el cual puede ser aplicable en personas entre los 13 y 65 años; es utilizado para detectar distrés y psicopatología ya que evalúa una amplia gama de síntomas que se han experimentado durante la última semana antes de la evaluación. Es por esto que se lo administró al inicio y a al final del tratamiento, pues además esta herramienta es útil para valorar el progreso y el resultado de las intervenciones psicológicas aplicadas (Barrios, Graff, González-Santos & Mercadillo, 2007).

Su aplicación es rápida y su nivel de confiabilidad es alto tanto en los test re test ( $r = 0,79$ ) como en los análisis de consistencia interna (0,80) (Barrios et al., 2007; Cárdenas, Cavazos, Espinosa, Fócil & Muñoz, 2005). El test consta de 90 ítems los cuales tienen la opción de ser respondidos dentro de una escala del 0 al 4; además se lo divide en nueve dimensiones primarias y tres índices de malestar psicológico (Casullo, Pérez, 2008). Este SCL-90 ha sido modificado y adaptado para diferentes idiomas y países, se utilizó la adaptación que más se acoplaba a nuestra cultura, desarrollada en Buenos Aires por María Martina Casullo y actualizada en el 2008 (Barrios et al., 2007)

Los reactivos están agrupados en nueve dimensiones de sintomatología:

Somatización (SOM)

Obsesiones y Compulsiones (OBS)

Sensitividad Interpersonal (SI)

Depresión (DEP)

Ansiedad (ANS)

Hostilidad (HOS)

Ansiedad Fóbica (FOB)

Ideación Paranoide (PAR)

## Psicoticismo (PSIC)

Esta es una prueba diseñada para no generar dificultad y que sea de fácil entendimiento, aún en personas que con una escolaridad incompleta. A pesar de esto se observó un poco de dificultad en la lectura, por lo que se optó por leer en voz alta cada uno de ítems, esto no impacta en la validez ya que en las instrucciones del Inventario sugiere esto como una opción. El inventario requiere ser resuelto en función a la última semana cursada por el paciente (Casullo, Pérez, 2008). Incluye índices globales, como el índice de severidad global (IGS) que indica el grado de la severidad del malestar; está el total de síntomas positivos (TSP) y el índice de malestar sintomático positivo (IMSP), las cuales evalúan qué tan auténticas y reales fueron las respuestas (Casullo, Pérez, 2008).

Se realizó un pre-test y un post-test de los dos inventarios lo cuales permitieron comparar los resultados después de las intervenciones y poder medir si es que las técnicas aplicadas tuvieron resultado sobre la depresión de la cliente.

Para complementar el diagnóstico se estimó que se debía tomar el Inventario de Depresión de Beck (IDB), pues esta es una prueba que ha sido diseñada para poder medir síntomas específicos que son congruentes con depresión. Este instrumento se considera confiable, consistente y válido (Bernal, 1995). Tiene una consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83), estabilidad temporal (correlaciones test-retest oscilan entre 0,60 y 0,72) (Sanz, Vázquez, 1998). Generalmente el IDB se utiliza como una medida de auto reporte de síntomas depresivos en población clínica y no clínica, que reflejen el criterio de diagnóstico que presenta el DSM-IV (Storch, Roberti, & Roth, 2004). Es importante aclarar que este test nos permite reconocer los grados de depresión a través de un continuo, mas no está hecho para identificar categorías diagnósticas diferenciadas (Bernal,

1995). El cuestionario debe ser respondido, al igual que el anterior, en base a los síntomas de la última semana. La interpretación del mismo se lo hace a base de una escala, en donde según la puntuación de la persona se le va asignando un nivel de depresión. La cliente obtiene una puntuación de 30 lo que quiere decir que está en el límite del nivel de depresión moderada, casi alcanzando la categoría de depresión grave; el test sugiere que cuando se puntúa dentro de estos niveles la persona necesita de ayuda profesional.

La guía para la interpretación del Inventario, se presenta a continuación:

*Tabla 2. Guía de interpretación del Inventario de Depresión de Beck (Bernal, 1995)*

<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>
1 al 10	Altibajos considerados normales
11 al 16	Leve malestar en el estado de ánimo
17 al 20	Estados de depresión intermitentes
21 al 30	Depresión moderada
31 al 40	Depresión grave
más de 40	Depresión extrema

### **Descripción de participantes**

El presente trabajo es una tesis que se realizó como requisito para la obtención del título de grado de Psicología Clínica, por medio de la cual se expone un caso clínico de una cliente con Depresión Mayor. Se pretende la exploración e identificación de sus emociones mediante técnicas de una corriente psicológica denominada, Terapia Enfocada en las Emociones (EFT). En su proceso terapéutico, que constó de 15 sesiones, se puede observar cómo se aplicaron diferentes técnicas, consideradas por la terapeuta, apropiadas para el desarrollo de la cliente. Lo que se redacta a lo largo de esta tesis es una parte de todo el proceso terapéutico con la cliente, de hecho, es importante mencionar que la terapia continúa actualmente en su última fase; transformación de las emociones. La cliente fue diagnosticada de Depresión Mayor, recurrente y crónica, mediante la aplicación de pruebas psicológicas

especializadas, y bajo los criterios del Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM-IV-TR).

Además la cliente presenta una inhabilidad para reconocer sus emociones, provocándole gran malestar, frustración y disfuncionalidad. Dentro de la primera etapa, la terapeuta se enfoca en promover el reconocimiento y la significación de las emociones, promoviendo la sensación sentida (felt-sense) internamente. Esta falta de expresión emocional puede ser por la personalidad específica de la persona, o por aspectos como la cultura o la educación.

Esta tesis está dividida por capítulos, que permiten abordar cada uno de los aspectos importantes y necesarios para la comprensión del mismo. Se hará una revisión completa de la literatura, la cual permitirá clarificar por medio de la teoría lo que se realizó y aplicó dentro del proceso terapéutico. Se realiza una profunda conceptualización de caso en donde se introduce a la cliente y su problemática, incluyendo diagnóstico. Se detalla el proceso terapéutico con cada aplicación de las técnicas utilizadas y se exponen ejemplos de los mismos. Al final se pueden encontrar anexos importantes, como las tareas que se realizaron dentro de sesión, que complementan y soportan de lo expuesto.

Llega al Departamento de Psicología de la Universidad San Francisco de Quito una persona que solicita atención psicológica para su hijo de 4 años por referencia de la escuela en donde estudia, la misma que sugiere que el niño tenía problemas de lenguaje. La madre muy preocupada se acercó a la Universidad para buscar terapia, a continuación se le asignó una estudiante para que se encargara de su caso. En la primera sesión, se entrevista a la madre para conocer el trasfondo de la situación. En dicha entrevista la madre comenta la historia de su hijo y además cuenta que ella, anteriormente, fue diagnosticada con depresión por parte de un psiquiatra. Se le empieza a brindar ayuda terapéutica al niño, pero se pone a disposición las terapias psicológicas a la madre, como una opción para cuando lo considere

necesario. Al poco tiempo se acercó solicitando dicha ayuda; es ahí cuando se asigna el caso a la autora.

Por motivos de confidencialidad se ha cambiado el nombre de la clienta y se omitirá cualquier dato o información que pueda identificarla: se la llamará Carmen. Carmen es una persona con todas sus facultades que viene para ser escuchada y acompañada en un proceso terapéutico que ha postergado por muchos años. Cada persona es un mundo diferente, el de ella es lleno de confusión, angustia y preocupaciones, las cuales según ella mismo lo refiere, se han ido acumulando a lo largo de toda su vida. Una de las causas que ha influido es que ha optado por mantenerse callada y guardarse para ella misma las cosas que le han sucedido o ha sentido. Es por esto que, a pesar de que llegó dispuesta a abrirse y contar por primera vez muchas de sus vivencias y situaciones problemáticas, se le hizo difícil en un principio empezar a hablar de ella.

Carmen tuvo una infancia dura y complicada, y asegura que esto la llevó a ser lo que es en la actualidad. Actualmente, es madre y esposa, de 46 años de edad; además de ser diagnosticada con depresión, en la infancia vivió un episodio de abuso sexual, y en la actualidad refiere tener ideación suicida. Llega a consulta sabiendo que ella no está bien, que tiene muchas emociones guardadas en su interior y que la están abrumando. Percibe a las terapias como un ambiente y un lugar seguro y confiable para ella, donde sabe que será escuchada y no juzgada.

Cuando se vio por primera vez a la cliente, la impresión que se tuvo fue que era una persona sencilla, callada y con mucho dolor en su interior, pues ni bien empezó a dialogar, varias lágrimas caían sobre su rostro, algo que se repitió en varias sesiones. Se observó también su preferencia por hablar de otras personas antes que sobre ella y de cierta dificultad que tiene por entender a la terapeuta, sobre todo cuando usa palabras no cotidianas. Carmen

tiende a atribuir todo su malestar al pasado por lo que pareciera haberse quedado estancada en el mismo, sin muchas ganas de estar en el presente. Además su apariencia física es avejentada, por lo que aparenta ser mayor de lo que es, sus ojos muestran tristeza, constantemente están llenos de lágrimas. Pareciera que no es de su prioridad el cuidado personal, pues no muestra interés por el mismo, y llega a la sesión con cierto aspecto descuidado. Se debe resaltar que su rostro se mostraba preocupado, y cansado, da la impresión de que carga con un peso inmenso encima de ella. A pesar de todos estos elementos, es una mujer que llega con predisposición sincera y auténtica para encontrar una pequeña puerta que la lleve a la tranquilidad.

Carmen llega sin una demanda clara, pero asegura que a ella le gustaría dejar de sentir este malestar constante que no le deja desenvolverse como le gustaría; para esto asegura que debe sacar todo lo que ha reprimido a lo largo de muchos años. Además insinuó que ya no quiere seguir guardando y callando sus problemas ya que esa es una de las principales razones para que este deprimida actualmente.

Carmen ve el mundo como un lugar en el que no ha podido desenvolverse como hubiese querido, enfrentando las circunstancias de una manera más fuerte y correcta para no sentirse estancada en su vida. Pensaba que esta era su realidad y que tendría que vivirla de esa manera por siempre, falacia de control; recientemente eso ha cambiado y se ha planteado intentar cosas nuevas para modificar esta realidad, como iniciar un nuevo negocio.

### ***Estado mental.***

Carmen fue cooperativa en todo momento de la terapia, sus procesos mentales son coherentes al igual que su orientación. Se observa su apariencia desarreglada y despeinada la mayor parte del tiempo. Su nivel de consciencia en aletargado, al igual que su discurso, lento

y sin energía. Su capacidad intelectual es baja, su vocabulario es limitado y su habilidad de abstracción es pobre. Su funcionamiento motor se observa por debajo de lo normal y esto se ha mantenido hasta la actualidad. Hubo contacto visual todo el tiempo. La cliente mostró problemas de concentración y de memoria desde el principio del tratamiento, estas capacidades cognitivas han mejorado en un proceso lento en el curso del tratamiento. La facultad de entendimiento y la perspicacia eran pobres cuando llegó, y también, han mejorado relativamente hasta este momento de la terapia. Durante el proceso terapéutico, se evaluó que su estado de ánimo era moderadamente depresivo; la cliente afirmó haber tenido ideación suicida desde hace aproximadamente 30 años, nunca llegó a convertirse en una conducta suicida, y asegura que durante el tratamiento estas ideaciones no han regresado.

***Diagnóstico.***

Eje I 296.32 Trastorno de Depresión Mayor, recurrente, crónico

Eje II V71.09 No hay diagnóstico

Eje III 799.9 (Referido a consulta médica).

Eje IV A, B, C, D, E, F

A.-Problemas relativos al grupo de apoyo primario

B.- Problemas de educación

C.- Problemas ocupacionales, laborales

D.- Problemas de vivienda

E.- Problemas económicos

F.- Problemas de acceso a servicios de salud

Eje V **GAF inicial** → 56

(Síntomas moderados y dificultad moderada en el funcionamiento social y familiar).

**GAF Actual** → 61



(Síntomas leves y alguna dificultad en el funcionamiento social).

Es necesario recalcar que el diagnóstico presentado es en base a evaluaciones realizadas en la actualidad, y en lo que se ha presentado en el transcurso de la terapia. Con esto dejamos abierta la posibilidad de que previamente haya existido otro diagnóstico diferente con variaciones en los síntomas y en cada uno de los ejes. Es importante hacer esta aclaración ya que la cliente asegura que ha tenido que sobrellevar la depresión desde que era una niña, pero es muy probable de que esto se haya transformado con el tiempo.

Para poder llegar a la conclusión de que Carmen tenía un Trastorno de Depresión Mayor, se tomó en cuenta los criterios del DSM-IV-TR para dicho trastorno y se evaluó aquellos que podían atribuirse a la cliente; los mismos que se presentan a continuación:

Para el Trastorno de Depresión Mayor, Recurrente:

- A. Presencia de dos o más Episodios Depresivos Mayores. (Los criterios de los Episodios Depresivos Mayores se los puede encontrar la parte inferior).
- B. Los Episodios Depresivos Mayores no son mejor explicados por trastorno Esquizoafectivo, y no se superponen a Esquizofrenia, Trastorno Esquizofreniforme, Trastorno Delirante, ni trastorno Psicótico sin otra especificación.
- C. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto, ni un episodio hipomaníaco.

En el presente cumple con los criterios del Trastorno Depresivo Mayor, y su estado clínico actual es moderado.

Para los Episodios Depresivos Mayores cumple con los siguientes criterios:

- A. Presenta cinco (o más) de los síntomas durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo.
- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato u observación de otros.
  - (2) disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
  - (3) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  - (4) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
  - (5) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  - (6) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada casi todos los días
  - (7) Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días
  - (8) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.
- D. Los síntomas no están ligados a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, ni a una enfermedad médica general.
- E. Los síntomas no son mejor explicados por la existencia de un duelo, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por un marcado deterioro funcional,

preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

(DSM-IV-TR, 2000).

Con respecto al Eje IV, relacionado a los problemas psicosociales y ambientales, la cliente cumple para la mayoría de los ítems propuestos por el DSM-IV-TR, los mismos que están afectando directamente a su vida, en el presente, y de alguna manera se conectan en terapia. Carmen presenta problemas relativos al grupo primario, pues no tuvo el apoyo de sus padres y por el momento tampoco cuenta con un apoyo básico de alguien. Tiene problemas relativos a la enseñanza, pues le afecta sustancialmente el no haber terminado sus estudios escolares ya que asegura que se le dificulta mucho entender las cosas. A esto se suman problemas laborales, de vivienda y económicos, pues su negocio quebró, no tiene una fuente de ingresos estable por lo que a veces no tiene que comer y tampoco puede pagar por una casa, viven en un cuarto prestado por unos parientes. Por último, se encuentran los problemas relativos a los servicios de asistencia médica y sanitaria, recordemos que la cliente dejó de asistir a su terapia psiquiátrica y de tomar su medicación debido a que la falta de recursos le impedían seguirlo haciendo.

En el Eje V, se encuentra la escala de evaluación global del funcionamiento, GAF (Global Assessment of Functioning), la cual nos permite conocer qué tan funcional se encuentra el paciente en ese momento o en el pasado. Para esto el DSM-IV-TR considera la funcionalidad en los aspectos psicológicos, sociales y ocupacionales en un continuo hipotético de lo que sería la salud/enfermedad mental que describe el GAF. En la escala que va del 0 al 100 Carmen obtuvo un puntaje de 56 en el GAF, al momento de ingresar en terapia, sobretodo por la ideación suicida que se presentó, además de la disfuncionalidad en

varios aspectos de su vida, como en las relaciones interpersonales. Al momento el GAF de Carmen se encuentra en 61, lo cual remiten a síntomas leves y a que todavía hay dificultades familiares y en el ámbito social.

### ***Familia.***

Carmen actualmente convive con su esposo y sus dos hijos, la primera de 18 años y el segundo de 4 años, con los que mantiene un hogar. Viven en una pequeña casa prestada por su familia ya que no tienen dinero suficiente para pagar una mejor. Está casada desde hace aproximadamente 23 años y ha permanecido con la misma pareja desde entonces. Carmen y su esposo deciden casarse al enterarse que iban a ser padres, fue un embarazo no planificado que sufrió de varias complicaciones y no se le dio el cuidado necesario, por lo que a los 9 meses de gestación ocurre un aborto involuntario. Su esposo es la única persona que considera que podría darle apoyo, a pesar, de que a él tampoco le expresa sus pensamientos o sentimientos, pues tiene mucho recelo de decirle las cosas con lo que ella no está de acuerdo; esto lo manifiesta como “malas iras” y que además él es muy duro y crítico con ella, pero ella ha optado por quedarse callada y no decir nada. A pesar de todo esto es importante recalcar que él nunca la ha maltratado físicamente. Por el lado de los hijos, la hija mayor también fue diagnosticada de depresión hace un par de años, además presentaba conductas auto agresivas e ideación suicida, sin llevar a cabo la conducta; actualmente se encuentra estable según la madre. Su hijo menor en cambio fue referido a terapia psicológica por problemas de aprendizaje, específicamente de lenguaje, ya que se le dificulta mucho pronunciar ciertos sonidos y su escaso vocabulario en relación a su edad cronológica.

Por otro lado, Carmen y sus hermanas fueron criadas por sus abuelos, su madre vivía con ellas pero no cumplía su rol como tal ya que se deslinda de toda responsabilidad; su

padre las abandonó de pequeñas. Sus abuelos intentaban darles lo mejor, sin embargo, su abuelo era alcohólico, y esto perjudicó la dinámica intrafamiliar. Su madre presenta problemas de salud mental que no están claros para la familia. Los síntomas que recuerda son: hablaba sola, gritaba sin razón, no era coherente, entre otras cosas. El historial de depresión se repite en varios miembros de la familia, como ya se dijo anteriormente, en su hija, su hermana mayor, su tía, su sobrino; se encuentra también historial de suicidio.

Con su familia política no tiene una buena relación, pues en el pasado, le hicieron sufrir mucho, hubo continuo maltrato psicológico por parte de ellos, la minimizaban, juzgaban todas sus acciones, y la despreciaban. Aparte de tener un trato hostil y tormentoso con ella, tenían conductas nocivas para su bienestar y salud, como el de no permitirle comer y obligarle a limpiar todo el día la casa sin descanso, y se le exigía entregar todo el sueldo de su esposo. Por esta y otras razones es que hay mucho enojo y malestar con esta familia.

### ***Educación.***

Dentro de su formación académica, Carmen, culmina sus estudios sólo hasta sexto grado. El motivo por el que dejó de estudiar fue su falta de motivación, pues pasaba todo el tiempo cansada y prefería quedarse durmiendo en casa. Además asegura que pasaba los años, con la ayuda de sus profesoras quienes le daban el pase de año, al conocer su situación de extrema pobreza y bajos recursos, conscientes de su incapacidad de repetir el año. Debido a esto, su nivel de abstracción es limitado, y esto ha hecho que la terapia vaya más despacio y que la terapeuta tenga que adaptar ciertos elementos como el de su vocabulario.

### ***Nivel socio económico.***

Carmen es una persona de bajos recursos económicos. Según cuenta, proviene de una familia humilde que ha tenido que buscar la manera de salir adelante. En la actualidad

atraviesa una crisis económica aún más grave; y que constituye una de sus mayores preocupaciones. Su esposo tiene un trabajo estable, pero su sueldo no alcanza para cubrir sus necesidades. Hace un tiempo decidieron ponerse una pequeña tienda en su barrio para ver si aumentaba de esta manera sus ingresos, pero no cumplió con sus expectativas, de hecho mucha de la mercadería era utilizada por ellos.

En el aspecto social, Carmen no tiene relación con nadie más que su familia. Es ama de casa y toda su vida gira en torno a su negocio y a sus hijos, por lo que se mantiene fuera de cualquier relación o evento social. Tampoco muestra interés por el relacionarse, a diferencia de su esposo, el contacto con sus familiares es escaso y limitado.

### ***Historia médica.***

A lo largo de su vida, Carmen no ha presentado problemas de salud física graves o determinantes. A los 24 años de edad sufrió de un aborto involuntario cuando ya estaba en el noveno mes de gestación, esto sucedió por no haber tenido los cuidados necesarios para el bebé, es decir, no alimentarse adecuadamente y no tener acceso a servicios de salud.

Dentro del área de salud mental, fue diagnosticada hace 3 años de depresión, sin especificar el tipo. Además estuvo medicada como parte del tratamiento de recuperación. Carmen asegura que este problema de depresión le ha afectado desde que era niña, después de haber sufrido un episodio de abuso sexual. Afirma también que a raíz de esto todo cambió, ella ya no era igual, dejó de hacer las cosas que le gustaban y la mayor parte del tiempo pasaba cansada. Otro aspecto importante es que presenta, son problemas de memoria, y constantemente se queja de esto, aunque cuenta que hace dos años aproximadamente era mucho más evidente.

### **Características especiales relacionadas con el estudio.**

### *Tratamientos previos.*

Con respecto a su salud mental, Carmen ha recibido un tratamiento previo por parte de un psiquiatra, el mismo que tuvo una duración de 3 sesiones, pero debido a sus escasos recursos no pudo continuar. La razón por la que Carmen llega a este tratamiento, es cuando su hermana mayor, le sugiere ir a ver al psiquiatra que la estaba tratando a ella pues consideraron que podría necesitarlo. Cuando fue, le hizo unas preguntas y en menos de una sesión, le diagnosticó a Carmen y a su hija, depresión. No se aclaró el tipo de depresión, ni tampoco se le ofreció a la paciente información referente al tema. Se recetó medicación inmediatamente, la cual fue administrada por 2 meses aproximadamente y se detuvo la misma por falta de recursos económicos, pues reitera que estaba fuera de su presupuesto.

El nombre del medicamento recetado es Conexine (Certralina), el mismo que se utiliza para tratamientos de depresión de cualquier tipo. La dosis administrada fue de 50mg diarios y al ser ingeridos la cliente relata que la mantenían adormecida y en un estado de relajación extrema. Dentro de las precauciones generales que refiere la farmacéutica está la "interferencia con el desempeño cognitivo y performance motor" (Farmacéutica Medicamenta Ecuatoriana).

En la terapia actual, no se ha optado por un tratamiento farmacológico pues se observa que la cliente está en condiciones de presentar una mejoría a través de la terapia psicológica. Se consideró que dadas las circunstancias previas y su situación económica actual, tampoco hubiese podido adquirir medicamentos, por lo que no se iba a trabajar inmediatamente con la administración de los mismos. Además a lo largo de la terapia se valoró su estabilidad emocional y se observó que estaba en la capacidad de continuar sin medicamentos. De todas maneras, se considera esta posibilidad pues es una depresión moderada y casi severa con la

que se está trabajando, es por esto que constantemente se evaluó a Carmen, para asegurarse de que esta sea la opción adecuada.

Incluye cualquier data demográfico sobre el grupo experimental que sea necesario para entender las límites del estudio.

### **Fuentes y recolección de datos**

Toda la información proviene de entrevistas clínicas, las cuales se realizaron en las primeras sesiones terapéuticas. Con esto se pretendía sacar información relevante para entender la problemática de la cliente y todo el contexto que pudiera ser parte de su disfuncionalidad. Además se grabaron cada una de las sesiones terapéuticas, con el fin de no discriminar ningún dato que pueda resultar importante para el estudio. Todo esto se lo hizo bajo parámetros de ética y confidencialidad.



## ANÁLISIS DE DATOS

### Detalles del análisis

Todo el tratamiento se basó en la Terapia Enfocada en Emociones, con el fin de que la cliente logre reconocer e identificar sus emociones. Desarrollando esta capacidad, se espera que Carmen llegue a distinguir sus emociones y que en vez de categorizarlas como “estoy mal”, las diferencie por cómo es que está mal, ya sea con ira, tristeza, culpa, etc. La terapia no sólo consistió en identificar las emociones y darles un nombre, sino que al contactarlas, verbalizarlas, darles un significado y comprender la necesidad que tiene la persona, para terminar transformando las emociones primarias desadaptativas en emociones primarias adaptativas. Se implementaron varias técnicas dentro del proceso que le fueron guiando para que las emociones puedan ser exploradas dentro de su cuerpo y poco a poco lograr que sean extraídas. Carmen refiere que ella siempre se ha guardado todo. Cada vez que siente algo, lo deja ahí, dentro suyo, entonces sus emociones se acumulan y esa es la razón de su malestar. Para poderlos extraer es importante saber identificar todo lo que hay dentro, cada una de las piezas que forman este rompecabezas que le ocasionan molestia. Una vez identificado cuáles son las emociones primarias y secundarias de la cliente, analizando y trabajando aquellas situaciones y circunstancias que las generaron, se puede llegar a una transformación de las mismas.

En las tres primeras sesiones, es importante mencionar que fue difícil llegar a que la cliente sienta estas emociones y a que las pueda reconocer y diferenciar en relación a los diversos eventos de su vida. Debido a que tiene depresión, es evidente que su esquema emocional es mal adaptativo y su dificultad para acceder a las emociones hizo que la terapia avanzara lentamente. Carmen sólo refería el malestar y la intranquilidad que le producían, pero eran como objetos a los que no podía reconocerlos; darles un nombre o un significado.

Ni siquiera podía expresar cómo era que aquellos se presentaban en su cuerpo, para ella era una mezcla de todo. El ejemplo que se puso en terapia fue que era como coger plastilina de varios colores y mezclarlos para hacer una bola, después era extremadamente difícil separarlos. De esta manera la cliente pudo entender cómo estaban en ese momento sus emociones y lo que se quería lograr en terapia.

A continuación, se trabajó con aquellos acontecimientos cruciales para la vida de Carmen que ella consideraba que le habían afectado. Estos eventos variaron desde el abuso sexual que tuvo de niña, la falta de apoyo familiar a lo largo de toda su vida, sus problemas en el hogar y su falta de auto aceptación. Al momento en que se planteaba la situación, se realizaba una exploración con el apoyo de la terapeuta, de las posibles emociones que pudieron nacer a raíz de eso. Además se trabajó en el momento en sí, cuestionando no sólo qué le producía aquello, sino por qué esto era tan importante para ella y le hacía sentir como se sentía. Para evocar la emoción se revivía aquel momento en donde todo se originó, trayéndole al presente, con el objetivo de que vuelva a renacer ese sentir. Cuando Carmen no lograba encontrar una emoción y en vez, expresaba sentir emociones en su cuerpo, se utilizaba “Focusing”, llegaba con constante molestias en el pecho y en la cabeza, a las cuales aludía como un malestar debido a su preocupación. Entonces, llegaba insinuando una presión en el pecho que se originó por preocupación acerca de su situación económica, y se trabajó enfocando ese sentimiento internamente, específicamente en su pecho. De esa manera se identificaron aquellas emociones internalizadas por la cliente, siendo ira y tristeza las principales, la ira se la asoció con su corazón, mientras que la tristeza con su pecho y su cabeza. La emoción de ira aparece generalmente cuando habla de su esposo y de su familia política; mientras que la tristeza se genera cuando habla de ella y de su estado económico actual.

Una vez que surgía la emoción enfrente y más clara, se procedía a simbolizar por medio de un significado o verbalizarla, a través de un proceso terapéutico. Además se evaluaba la intensidad con la que se estaba percibiendo en ese momento, a raíz de la activación emocional, y con la que podría resultar más adaptativa. Uno de los principales objetivos era que, Carmen, reconociera cómo, cada una de las emociones se presentaban dentro de su cuerpo, para que en un futuro logre diferenciar lo que estaba sintiendo. Para esto era necesario estar constantemente pendientes de su cuerpo, de los cambios que ocurren, y de evaluarlo para saber qué tanto nos está afectando. Se consideró importante, también, identificar cuál es la reacción que le producía a la cliente cada emoción, es decir, cómo respondía a la misma; ya sea en sus conductas, actitudes, pensamientos, entre otros.

Al momento se han realizado 15 sesiones, con las cuales se ha logrado que la cliente alcance un desarrollo en la capacidad de reconocer sus emociones. Cada técnica ha colaborado con el proceso terapéutico permitiéndole dar pasos que avanzan hasta alcanzar el objetivo. Para tener una mejor aceptación de las técnicas, se adaptó cada una a las necesidades de la cliente, teniendo una mejor comprensión y por lo tanto un mejor resultado.

### **Emociones e incapacidad para reconocerlas.**

Las emociones son fundamentalmente adaptativas y producen tendencias en las acciones para satisfacer las necesidades, con la ayuda de las emociones se reacciona a los estímulos proporcionados (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006). La principal fuente de disfunción en la cliente, es la inhabilidad para simbolizar su experiencia corporal y hacerla consciente. Esto impide la aceptación de la emoción, que priva de importante información adaptativa, si a esto se le suma, el no estar al tanto de su tensión corporal, puede crear en la cliente ansiedad y fomentar su depresión (Greenberg, 2011).

A través del lenguaje, los individuos son capaces de organizar, estructurar y asimilar las experiencias emocionales y los eventos que pudieron provocar las emociones; una vez que las emociones estén expresadas en palabras, las personas pueden reflexionar en lo que están sintiendo, crear nuevos significados, evaluar y compartir sus experiencias (Greenberg, & Pascual-Leone, 2006).

Para Carmen las emociones son estados muy generales, limitados y muy confusos, de los cuales no entiende mucho y a todos les da el mismo significado. Con esto se refiere a que sus emociones son dispersas y oscilan entre un extremo y otro, remitiéndola a una condición general que abarca todo lo que sucede alrededor de ella. Todos los cambios, situaciones o problemas que le generan algún tipo de emoción le llevan a un mismo estado, por lo que agrupa todo lo que le sucede en una misma categoría. Es por esto que Carmen únicamente es capaz de reconocer la valencia de sus estados, si son buenos o malos, no su cualidad específica. Entonces, llora y aparenta estar triste cuando le acontece algo, lo único que alega es que se siente mal, y a pesar de que se intenta profundizar en cómo es este sentir, ella sólo lo identifica como “mal”. Al principio de la terapia, cuando se intentaba trabajar con las emociones que se iban presentando, la cliente, se limitaba a responder “no sé”, “estoy mal” o “estoy bien”. Además es importante indicar que al inicio de cada sesión, al preguntarle cómo le ha ido en la semana?, o cómo ha estado?, su única respuesta era “igual que siempre”, conforme ha avanzado la terapia esto ha cambiado por un “un poco mejor” o un “bien, pero...”. En cada sesión se trataban problemáticas que le producían emociones y se buscaba la forma de entrar a ellas para poder trabajarlas, se trató con varias técnicas que dieron diferentes resultados. Se observó que las técnicas que tenían una mejor efectividad eran aquellas que la cliente reconocía y percibía como más simples y sencillas, esto sucedía porque a la cliente resultaba más fácil su comprensión. Las técnicas más efectivas fueron

aquellas que se las asociaba a colores, dibujos, cartas, juegos, pero siempre conectándolas con la técnica original, silla vacía, “Focusing”, imaginación y evocación de emociones. Un claro ejemplo de esto, es que en vez de insistir que le ponga un nombre a la emoción con la que se estaba trabajando, se le pedía que le ponga un color. Entonces de esa manera logre profundizar por primera vez una de sus emociones. Además se consideró necesario que al momento en el que lograba surgir la emoción, se haga un énfasis en darle un nombre y en reconocer lo que se producía en ella y en su cuerpo al momento de sentirla. Esto era esencial para la terapia pues a través de esto, la cliente, lograría entender cómo la emoción se presenta en ella y de esa forma identificarla para poder revivirla. Las emociones al generar cambios en el cuerpo nos evocan recuerdos o sensaciones previas que nos guían a conocer si lo que estamos viviendo nos produce malestar o bienestar. Para el EFT es muy importante explorar este cambio y lograr sentirlo, por lo que se necesita enfocarse en su propio cuerpo. Para Carmen, esto no era común y causaba dificultad, ya que tenía la tendencia a escapar o no darles importancia a estas sensaciones, por eso se consideró apropiado implementar las técnicas de relajación de Jacobson. El objetivo principal de dicha técnica, aparte de la relajación, es enfocarse en el cuerpo y en los cambios que se producen en él. Entonces el cliente tiene que sentir la diferencia de cuando el músculo está tenso y cuando está relajado. Después de varias sesiones en las que se realizó esta práctica, Carmen empezó a fijarse más en su cuerpo y en enfocar su atención cuando este cambiaba, intentando descifrar que es lo que estaba expresando. Después de esto era común escucharla decir, que le duele el pecho, siente pesada su espalda, o que siente presión en su cuello. Esto se relaciona directamente con el “Focusing” pues en esta técnica se conecta la emoción con el cuerpo, y es necesario identificar internamente en qué lugar exacto del cuerpo ocurre esta conexión.

Como se explicó anteriormente existen tres tipos de emociones, las primarias, secundarias e instrumentales, las mismas que pueden ser adaptativas o mal adaptativas según cómo estas influyan en la funcionalidad de la persona. En el caso de la cliente, tiene ira y la tristeza, ella reportó esto como emociones primarias, las cuales se volvieron mal adaptativas cuando se generó un esquema emocional en las que predominaban estas dos emociones. Este esquema emocional depende de cada persona, su historia y sus vivencias; deja de ser adaptativo ya que se ha convertido en la forma predominante de reacción frente a cualquier otra situación. Carmen tiene depresión, por lo que es posible que en su esquema emocional predomine la tristeza frente a los eventos de su vida. En Carmen estas emociones nacen, según lo relata, como una sumatoria de todos los acontecimientos y circunstancias que han ocurrido a lo largo de su vida. Lo que en algún punto pudo haber sido adaptativo para la situación y el momento, se mantuvo en el tiempo, lo que hizo que se vuelva disfuncional. Se dice que ha dejado de ser disfuncional, pues estas dos emociones de alguna forma le han estancado y le impiden desenvolverse como a ella le gustaría. La tristeza, que se considera como la más arraigada e intensa, aparece como respuesta al sentimiento de soledad y de no poder contar con nadie desde que era pequeña; no tener los recursos económicos suficientes para mantener a su familia y llevar una vida más tranquila; la pérdida de su primer hijo y no ser valorada por su esposo. La ira, en cambio, se presenta a partir del episodio de abuso sexual que tuvo a los 6 años; además el maltrato físico y psicológico que recibió por parte de la familia de su esposo y el maltrato “moral”, como ella lo llama, por parte de su esposo en la actualidad. Entonces se puede inferir que en su momento estas emociones tuvieron su razón de ser, pero ahora son un limitante para la cliente, pues no puede avanzar y seguir con su vida, sino que sigue lamentándose de esto. Estos argumentos acerca de el origen de las emociones fueron sacadas después de varias sesiones de terapia, en un principio, la cliente

sólo insinuaba acerca de un malestar general, que no podía ser especificado. Las emociones son consideradas mal adaptativas ya que su respuesta a todos los eventos y circunstancias de su vida son de tristeza e ira, no hay ninguna reacción diferente.

Aquí es cuando aparecen las emociones reactivas secundarias, las mismas que nacen como repuesta, defensa o reacción de las primarias. Muchas veces no se quiere o se dificulta sentir las emociones primarias cuando son mal adaptativas por lo que se reacciona en defensa de las mismas y ocultándolas. En este caso se encuentran varias emociones, comenzando por la ira, que no es igual a la que mencionamos en las primarias, ya que esta ira se origina como una reacción a su constante malestar y tristeza. En otras palabras, tiene iras de estar deprimida, de sentirse desganaada todo el tiempo y de estar encerrada en este malestar que no le permite desenvolverse de una manera adecuada. Esto le lleva a otra emoción secundaria, la vergüenza, la cual se manifiesta por una razón muy similar a la anterior, pues se siente avergonzada por dejar que su malestar provocado por la ira y la tristeza, controlen su vida. Se encuentra también con la culpa, esta emerge de la ira que siente como emoción primaria, pues cree que no debería sentirse de esa manera porque “no está bien tener iras”, y porque muchas veces esas iras la llevan a gritar en su casa y cuando lo hace, se siente muy culpable. Además culpa a la tristeza por quitarle ese deseo de vivir y de superarse, llevándole a estar cansada a cada momento de su vida. Como terapeuta fue necesario reconocer y tener presente las emociones secundarias, ya que estas no son el foco de la terapia, y de esa manera poder trabajar y enfocarse principalmente en las primarias.

A continuación una ejemplificación de las emociones de Carmen:

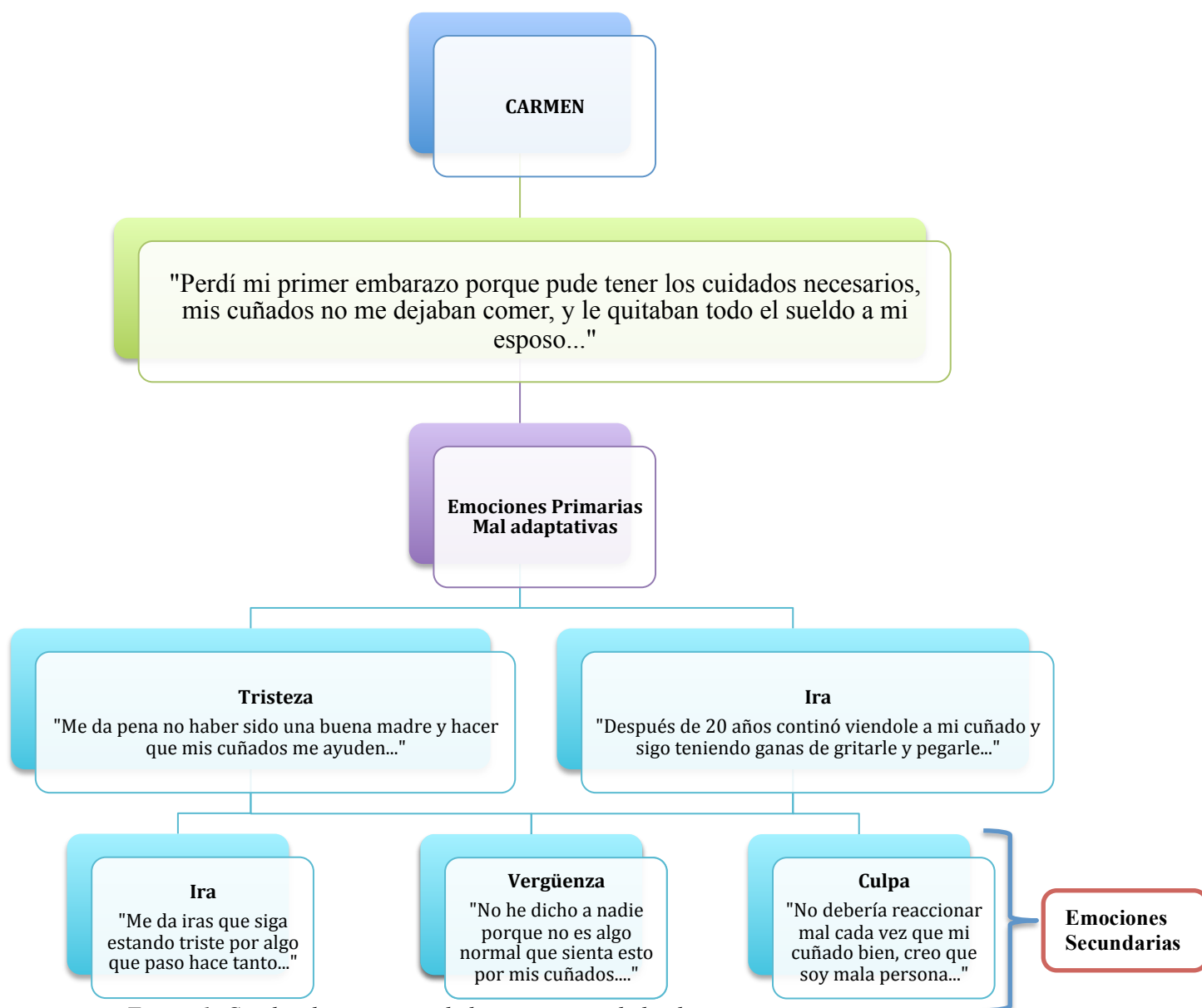


Figura 1. Cuadro demostrativo de las emociones de la cliente

En este cuadro se puede observar las emociones que presenta Carmen dentro de terapia, aparece la tristeza y la ira y se las identifica como mal adaptativas ya que no resuelven su necesidad actual; es decir, no es una respuesta adaptada frente al contexto. Como ejemplo se pone a la pérdida de su primer embarazo, en donde Carmen refiere, “me da iras lo que pasó, no debió ser así” y “me da tristeza que mis cuñados me hayan quitado la



comida cuando estuve embarazada”. Como se observa ninguna de estas emociones está resolviendo la necesidad fundamental, que es aliviar su dolor frente a esta importante pérdida. Estas dos emociones, son la respuesta más común que ella tiene para cualquier evento de su vida en la actualidad. Por ejemplo, no tiene dinero para darle a su hija para que vaya a un café-net y frente a eso responde: “que iras que me da no tener para darle para que haga sus deberes”, esta ira tampoco es adaptativa. La emoción adaptativa en este caso sería que Carmen se sienta preocupada por esta razón ya que esto la motivaría a buscar soluciones, como encontrar otra fuente de ingresos.

En la parte inferior del cuadro, están las emociones secundarias, las cuales son ira, culpa y vergüenza, que surgen a raíz de las emociones primarias, ya sea para ocultarlas o como reacción a la respuesta previa. Un ejemplo claro es el siguiente: “me siento mal cuando me enojo con mi esposo y mis hijos, no debo ser así”, como vemos esta es una culpa que se desarrolla al sentir ira, y con esto intenta alejar a esta emoción primaria.

### **Abuso sexual.**

Carmen experimentó un episodio de abuso sexual en su infancia, cuando apenas tenía 6 años de edad, por algunos de sus parientes. Esta agresión no se volvió a repetir, pero Carmen se mantuvo callada hasta hace poco ya que no sentía la confianza necesaria para contarle. La paciente lo mencionó al principio de las terapias, sin entrar en detalle. En un principio se consideró que este podría ser uno de los principales temas para trabajar en el proceso terapéutico, pero conforme fue transcurriendo la terapia se observó que en la actualidad esto no era lo que la estaba ocasionando mayor disfuncionalidad e intranquilidad. De todas maneras, fue algo que nunca se lo descartó e iba a ser intervenido cuando la cliente lo considere necesario. De hecho, cuando se trabajó con la ira, vino al caso este tema, y se

asoció a dicha emoción con los agresores y con su familia por no haberle dado la confianza para que ella pueda contarle en su momento. A diferencia de otras ocasiones, primero se identificó la emoción y después se asoció con una situación. La ira en esta ocasión se presenta como adaptativa frente al abuso, y aunque, en otras ocasiones generalmente se inicie con respuestas de vergüenza y culpa, en este caso la cliente se dirigió directamente a la ira. Al ponerse en contacto con esta emoción primaria, se generó mucha tranquilidad en Carmen, lo que llevó a un aumento en su sensación de fuerza. La cliente recalcó que ella no merecía vivir toda esta situación, y que la única culpa la tienen los agresores, pero, a pesar de la ira provocada, asegura que no es algo que en este momento le siga causando malestar.

### **Relaciones familiares e interpersonales**

Como se mencionó en la historia clínica, Carmen mantiene una relación matrimonial desde hace aproximadamente 23 años, con dos hijos y uno que falleció poco antes de nacer. La cliente considera a su esposo como alguien fuerte de carácter que constantemente busca cualquier motivo para reprocharla, nunca ha habido agresión física, pero asegura que sí psicológica. Muchas veces le grita y se molesta, argumentando que las cosas que ella hace están mal, lo que le genera mucha angustia y según remite, en ocasiones la saca de control. Generalmente se queda callada, aunque también hay ocasiones que responde con mucha euforia e impulsivamente, de cualquiera de las dos formas se siente culpable pues sabe que ninguna de las dos son reacciones más adecuadas. Con este último planteamiento podemos observar claramente cómo se presentan las emociones secundarias reactivas, siendo esta la culpa. En las sesiones se presentaron situaciones que a Carmen le gustaría compartir con su esposo, ya sea en forma de reclamo, como otras en forma de sugerencia o de simplemente

para fortalecer su vínculo. Esto hizo que en sesión se planteen posibles soluciones para abordar el problema de la violencia en la relación con el marido.

Por el lado de los hijos, en ambos casos tienen una buena relación con la madre, quien constantemente se muestra preocupada debido a sus problemáticas, recordemos que su hijo menor ha sido diagnosticado con problemas de aprendizaje, y su hija con depresión. Esto le produce a Carmen mucha tristeza e impotencia, pues siente que no puede hacer nada con ellos, lo que genera una vez más, cierto grado de culpabilidad. Gran parte de las veces que habla sobre el tema refiere dolores y malestar en diferentes lugares de su cuerpo, principalmente el pecho y la cabeza. Ella refiere a que es como una desesperación interna que se va acumulando en su interior, sobretodo a causa de la preocupación mencionada. Para ella esto fue mucho más claro identificarlo después de la terapia de relajación utilizada.

Uno de los temas a los que se enfatizó dentro de todo el proceso terapéutico fue la pérdida de su primer hijo, el mismo que falleció a los 9 meses de gestación por falta de cuidados necesarios. Carmen atribuye la culpa de la pérdida de este embarazo a su cuñado principalmente, pero en términos generales a toda su familia política, por haberla privado de comida y de dinero para sus cuidados de salud. Durante el proceso terapéutico el aborto se consideró este uno de los temas más relevantes por varios aspectos, primero, fue algo que le tomó un largo período de tiempo lograr sacarlo y exponerlo en terapia, lo hizo en la décima sesión; segundo, la terapia anterior a esa, la cliente advirtió que hay algo que todavía no lo ha sacado y propuso hacerlo en la siguiente sesión, por lo que no fue fácil para ella hacerlo. Esto es interesante, ya que se puede interpretar como que la cliente esperó a tener los recursos necesarios para poder manejarlo. Para esta sesión ya se logró identificar, procesar y modificar algunas emociones y fue cuando sintió que era el momento de enfrentarlo. Cuando describía el evento lloraba profundamente, pero para la terapeuta no era el mismo llanto que ocurría

todo el tiempo, había algo mucho más profundo, se lo sentía más intenso, prolongado y auténtico. En esta situación específica se evidenció las dos emociones primarias mal adaptativas y además todas las secundarias reactivas nombradas previamente. El llanto en este caso, intenso y auténtico, expresa notoriamente una tristeza profunda frente a la pérdida de su hijo, lo que resulta una emoción adaptativa. Al sentirla profundamente, la cliente está consciente de que es una pérdida para ella, lo que quiere decir que reconoce esta emoción y esta pérdida, e intenta sanarlo mediante el llanto. También surge otro factor que es el desahogo. El hecho de simbolizar en palabras las emociones, cambiar la narrativa, y dar un nuevo significado al evento, ya permite a la cliente sentirse mejor, a pesar de haber sentido fuertemente la pérdida. Esto ocurre de manera en que la emoción se transforma, de una tristeza profunda pasa a una tristeza que puede ser considerada más tranquila; por medio de sentir la emoción, simbolizarla, expresarla, narrarla, etc.

Por otro lado, sus relaciones interpersonales son escasas, no tiene ningún tipo de relación con nadie más que su familia directa. Por el momento no existe deseo de tenerlo ya que no genera ningún tipo de molestia el que esto sea de esta manera. Como su objetivo principal era mejorar la relación dentro de su familia, y al no generarle angustia esta falta de relaciones con gente externa no ha sido parte del proceso terapéutico hasta el momento.

### **Autopercepción.**

Es importante comenzar mencionando que Carmen se siente como una mujer impotente, que debido a su depresión está muy limitada para realizar sus cosas y tener una vida tranquila. Muchas veces ella mismo crea esta barrera que la predispone a enfrentarse al mundo de una manera cansada y triste. También se percibe como una persona sin esperanza ni opciones, que está ligada a un diagnóstico por el resto de su vida. Para ella el significado

de depresión se remite a estar cansada todo el tiempo, sin ganas de hacer nada y llorando por cualquier cosa.

Ha tenido ideación suicida, aproximadamente una vez al mes, desde hace unos 30 años, no llega a ser planificado, a pesar de que lo ha pensado varias veces. Afirma que en ocasiones se viene a su mente pensamientos como “estarían mejor sin mí”, “me gustaría morirme”, “podría botarme de algún puente”, entre otros. Al ser algo delicado, pues implica la seguridad y bienestar de la cliente, esto se evalúa constantemente en sesiones mediante preguntas que confirman que no va a atentar en contra de su vida; desde hace poco más de un mes, Carmen, manifiesta que estos pensamientos no han regresado. Se intenta asociar el proceso de cada sesión con estas ideaciones, de manera que encuentre otros recursos que le permitan disminuir el malestar, por ejemplo, se le recomendó tener cerca cosas que le traigan recuerdos positivos de su vida y que resulten motivantes para ella. Así, cada vez que vengan estas ideas relacionadas al suicidio pueda acudir a estas distracciones que la hacen recordar el sentido de su vida. Es decir, todavía no se ha trabajado con EFT para estas emociones, pues la cliente tiene un marcador de vulnerabilidad alrededor de este tema de suicidio. Por esto se ha preferido mantenerse simplemente validando sus emociones hasta que esté más fuerte en base a trabajar sobre los otros eventos de su vida.

### **Problemas económicos.**

Este, es otra de sus grandes preocupaciones, Carmen y su familia atraviesan por graves problemas económicos, llegando al extremo de no tener para la comida ciertos días. Esto le mantiene angustiada constantemente y es otra de las razones que le producen dolores e incomodidad en su cuerpo. En terapia se pretende transformar este malestar en una motivación que genere cambio, a través de la disminución de estos cambios corporales.

### **Relación terapéutica.**

Esta primera fase del proceso terapéutico es crucial para el desarrollo de la terapia, pues abre a nuevas posibilidades para el cliente (Greenberg & Watson, 2006). Tener una buena alianza cliente-terapeuta resulta beneficioso en cuestión de resultados, pues brinda aceptación y confianza, lo que produce un ambiente seguro. La alianza predice resultados tan pronto que se pueden observar desde la sesión 3 (Goldman et al., 2005). En el caso de Carmen, al crear esta relación y fortalecerla, facilitó, no sólo a contar sobre sus cosas, sino también a aumentar su disposición frente al cambio dentro de terapia. Principalmente esta conexión se reforzó en la primera y segunda sesión, pero cabe recalcar que en cada sesión se buscaba fortificar la misma. En la primera sesión se puede observar como la cliente habla muy poco sobre ella y su atención se centra en sus hijos y su familia, a pesar de que se solicitó contar un poco de su vida, para conocerla. Es por esto que, avanzada la sesión, la terapeuta consideró oportuno crear este ambiente de aceptación, diciéndole: “Quiero que tomes estas sesiones como un espacio para ti, en donde no importe nadie más que tú; este momento nos vamos a permitir ser egoístas y dedicarnos a ti”. Lo que se buscaba con esto, es que ella sienta que este es su tiempo, una oportunidad para preocuparse por sí mismo, recordar, explorar y conocer; pero siempre considerando que ella es la protagonista. Poco después realizó la siguiente afirmación: “No es malo contar mis problemas, pero yo nunca he tenido a quien decirle, siempre me he quedado callada”, a lo que se respondió: “Vamos a preocuparnos por ti, este es un proceso que lo vamos a estar juntas, vamos a revivir y recordar cosas que has vivido; ya tienes alguien con quien hablar y en quien confiar”. Estas y otras respuestas fueron formulando la alianza terapéutica, y permitiendo que Carmen viera que era cuestión de un proceso mutuo, abrirse a la opción de entender de mejor manera lo que sucedía interna y externamente.

Se tomó el Inventario de Alianza Terapéutica en la quinta sesión, con el objetivo de poder medir el vínculo que se ha formado con la cliente hasta el momento. En este inventario los ítems están orientados a conocer cómo se siente la cliente dentro de la terapia, con la terapéutica y con el proceso. Se puede tener una puntuación general de la alianza, o se puede computar los puntajes como subescalas separadas; tarea, vínculo y objetivo. La cliente obtuvo una puntuación de 51/60 con respecto a la tarea, 57/60 en relación al vínculo y 50/60 en el objetivo; llevándonos a un total de 158/180 en la relación terapéutica en general. Esto refiere que se ha logrado tener una relación terapeuta-cliente considerablemente importante, la cual tiene que continuar fortaleciéndose. Sugiere que se deberían establecer objetivos más claros por lo que se trabajó en clarificar los objetivos junto con la cliente. Se habló también de las tareas, y se buscó la manera de adaptarlas mejor a la cliente, sobretodo para que sean mejor comprendidas por la cliente.

Dentro de esta etapa, también se mencionó acerca de la confidencialidad que se iba a manejar dentro de la terapia, la misma que se utiliza como requerimiento para realizar consultas psicológicas dentro de la Universidad San Francisco de Quito. La cliente se sintió muy segura al saber que no se iba a revelar ningún tipo de información, a menos que esto sea crucial para su vida. Se comentó sobre los detalles y la organización de las sesiones en relación al horario, tiempo de la consulta, su estructura y a las grabaciones de cada una de las terapias.

### **Proceso Terapéutico.**

El objetivo principal de este proceso es la evocación de las emociones, que guiarán a la cliente a contactarse con su interior. A continuación se detallarán la aplicación de las técnicas dentro de la terapia, con el fin de que la cliente llegue a explorarse e identifique sus

emociones. Es notable que conforme se van desarrollando las técnicas, Carmen, va adquiriendo y fortaleciendo sus habilidades con las mismas. Este progreso se percibe notoriamente si comparamos las primeras sesiones con las últimas; siendo las del comienzo más lentas y poco colaborativas.

### **Evocación de emociones.**

La evocación permite que la cliente reviva las emociones en consulta, es decir, se incita a que la persona sienta lo que sintió en un momento dado, con el fin de experimentar aquellas emociones que se encuentran demasiado arraigadas o profundas (Greenberg & Watson, 2006). El objetivo de esta técnica, aplicada en la cliente, pretende hacer de alguna manera más accesibles sus emociones, tanto para ella como para la terapeuta. Es necesario que, Carmen, llegue a sentir cada una de las emociones que se ha guardado y que le causan malestar, y sólo así se podría llegar a una transformación de las mismas (Greenberg & Watson, 2006). Evocar las emociones de la cliente, han permitido conocerlas y distinguir cuáles son aquellas que la están causando disfuncionalidad, sobre todo la tristeza que genera desesperanza en la cliente, y no le impide desenvolverse adecuadamente en sus actividades, sobre todo laborales.

Existen varias formas para lograr despertar aquellas emociones, las que se utilizaron fundamentalmente en este proceso terapéutico y ejemplos de sus respectivas intervenciones serán analizadas a continuación:

### ***Imaginería, lenguaje metafórico y conjeturas empáticas.***

Estos tres métodos son muy efectivos para poder guiar a la cliente a ir “más allá”, es decir, llevan a ver más a profundidad de lo que muestra la superficie (Greenberg & Watson, 2006). Permiten tener una idea más clara de cómo Carmen percibe tanto su mundo exterior



como interior y su aplicación puede darse en la mayor parte de la terapia. A pesar de su uso frecuente, por la facilidad de adaptarse a cualquier momento y circunstancia, en ocasiones, se desarrollaban con cierto grado de dificultad. Esto ocurre debido a que Carmen suele tomar muchas de las cosas que se le dice, literal y le resulta complejo ir “más allá”. Cabe mencionar que, no estaba tan familiarizada con la utilización de imaginación, por lo que su avance fue considerablemente lento. Estas observaciones fueron hechas por la terapeuta, a lo largo de varias sesiones, aún así la cliente no sugiere malestar al respecto. Se continuaron realizando este tipo de intervenciones, intentando que sean lo más sencillas y comprensivas para Carmen, quien poco a poco también fue desarrollando habilidades que favorecían el resultado.

Se expondrá una breve intervención utilizando el lenguaje metafórico, en una situación en donde la cliente habla de la presencia de un dolor que salía de su cuerpo como un aire fuerte y explosivo.

Terapeuta: Ahora que te escucho que te dolía, que era un dolor tan fuerte y tan intenso, que salía como un aire, me recuerda a una olla de presión. Haz visto cómo es una olla de presión?

Tu le llenas de comida y que pasa...

Carmen: Cuando hierve sale un vapor, muy duro, con presión

Terapeuta: Uh-huh, como que explota...

Es así como se siente ese aire que sale de adentro de ti cuando tienes este dolor tan fuerte dentro de tu corazón?

Carmen: Sí, exploto

Terapeuta: Al igual que la olla de presión, se empieza a acumular un montón de cosas dentro de tu cuerpo, te estás llenando de vapor, hasta que hay un

momento en donde ya no puedes soportarlo más , te duele el corazón fuerte y duro, hasta que sale este aire, explotas.

Es algo así?

Carmen: Si, siento eso, pero no me sale todo, y quisiera que salga todo.

Aquí se compara este sentir con el de una olla de presión, pues simulan trabajar de la misma manera, y permitió comprender a Carmen que el hecho de guardarse todo lo que le pasa, hace que se siga acumulando y llenando de este malestar, que en algún momento tendrá que salir. Comentó que cuando este aire sale, ella siente bastante alivio que ocurre también cuando cuenta sus problemas en terapia. Esto es positivo ya que Carmen comienza a estar más en contacto con la necesidad de verbalizar sus emociones, y se da cuenta que esto genera una sensación de bienestar. Esto es lo que ocurre con las emociones, una vez que se las contacta y se las simboliza, se transforman.

### ***Doble silla, silla vacía, y asuntos inconclusos.***

Estas técnicas también fueron parte del proceso, al igual que las anteriores, se adaptan con facilidad a los asuntos que se van presentando dentro de la sesión. En el caso específico, se considera que no presenta mayor dificultad para la cliente, a excepción del primer instante, cuando se induce a la imaginación; para Carmen es difícil pretender que hay alguien o algo en la otra silla. Muchas de las problemáticas de la cliente giran alrededor de asuntos inconclusos (unfinished business) con su familia, por lo que se realizan sillas vacías en diversas ocasiones. Por ejemplo, a la cliente refiere que hace mucho tiempo, cuando recién se casó, recibía maltrato psicológico por parte de su cuñado y que su esposo nunca hizo nada para defenderla, lo que le hizo perder la confianza en él y desde ese momento se guarda todas las cosas que le ha querido decir, sobre todo cuando la grita. La terapeuta considera que sería

apropiado aplicar la silla vacía, entonces se ubica una silla enfrente de Carmen y se le pide que se imagine que el esposo vino a sesión; ahora que se tiene al esposo ahí ella tiene la oportunidad para preguntarle y decirle todo lo que siempre a querido.

Se le dificulta mucho en un principio, poder concentrarse para realizar el ejercicio y le toma tiempo entrar a la experiencia. Para facilitar el proceso de la cliente se le pide traer a sesión un episodio reciente, y cuenta que su esposo le grita y le hubiera gustado decirle muchas cosas, pero no lo hizo, lo que provocó muchas iras por no poder manifestar lo que piensa. Se presenta una ira primaria adaptativa frente a la conducta agresiva de su esposo, y además se genera otra ira secundaria, contra ella mismo al no poder expresar la ira original. Ella necesita contactar su ira natural adaptativa primaria, y también a ese miedo natural adaptativo de ser agredida por su esposo si muestra su ira. Esto le permitirá buscar ayuda, defenderse, hablar, o lo que ella considere adecuado una vez que contacte sus emociones primarias frente al evento. Se realiza una silla vacía, un resumen de lo que sucedió, a continuación:

Carmen: si me da ganas de decir, pero no le he dicho, no sé por qué. Pero si quisiera decirle que me da iras que me trate así a mi y a mis hijos.

Terapeuta: Vamos a hacer un juego, si te parece. Vamos a imaginar que tu esposo está sentado en esa silla que está al frente tuyo, y le vas a decir todas esas cosas que te gustaría que el sepa. Para esto quiero que primero lo visualices, y me cuentes cómo está el en este momento (físicamente).

(La cliente se cuestiona de si podrá hacerlo, y hay una larga pausa. Es muy difícil para ella usar la imaginación y visualizar a su esposo, para ella él sólo no está ahí)

Terapeuta: como está vestido en este momento...

Carmen: Camiseta negra  
pantalón azul  
zapatos negros  
saco plomo a rayas con negro

(Se continuaron realizando varias intervenciones que le permitían a Carmen, imaginarse con más claridad que su esposo estaba en sesión)

Terapeuta: Ahora, puedes ponerte en el puesto de tu esposo, ser él por un momento y reclamar y gritar como suele hacerlo

Carmen: Qué te preguntan cuando vas a tus terapias?, qué no me puedes contar?  
(lo hace muy delicadamente)

Terapeuta: Uh-huh, te parece si lo haces un poco más duro, puedes alzar tu voz y ser mas dura

Carmen: Por qué no me puedes contar lo que te preguntan!!

Terapeuta: Ahora regresa a tu puesto, cómo te sientes al oír esto?

Carmen: Siento iras

Terapeuta: Uh-huh, iras... cuéntale a tu esposo

Carmen: No me gusta que me grites porque siento iras, muy fuertes. No me gusta que me hables así. No me gusta que me grites! Quiero que entiendas que no me gusta y que yo me guardo todo esto adentro de mi, en mi corazón. Yo sé que a ti tampoco te gusta que te grite, por eso no me grites a mi.

Terapeuta: Le dirías tal vez, cómo te gustaría que te diga las cosas?

Carmen: Quiero que seas tranquilo, que no te alteres, ahí yo me sentiría tranquila y nos iría mejor. Nos comprenderíamos más.

(después de continuar reclamándole y pidiéndole otras cosas en relación a su comportamiento)

Terapeuta: Vuelve a su puesto, con todo lo que le has dicho, que te responde?

Carmen: Estoy haciendo las cosas mal, no debí haber respondido de esa manera. Ahora que me cuentas esto voy a estar más tranquilo

Terapeuta: Regresa a tu puesto, ahora que te ha dicho esto, cómo te sientes?

Carmen: Estoy más tranquila y tengo más confianza para contarte las cosas. Creo que esto va a ayudar a que nuestra relación mejore.

Como se observa el hecho de que Carmen haya tenido este diálogo con la imagen de su esposo y le haya podido comunicar lo que había guardado, le ayudó a sentirse mejor y considerar empezar a tener una mejor comunicación con su pareja. Le llevó a pensar que muchas veces su esposo, así como otras personas, necesitan saber si algo le molesta, o si están causando algún malestar en ella, pues muchas veces no se dan cuenta de aquello. Con esta intervención evocamos la ira frente a su esposo, y se enfatizó en que es bueno externalizarla.

Al ser una persona con depresión, es bastante recurrente en ella pensamientos altamente auto críticos que giran en torno a su creencia de inadecuación; pensamientos como “yo no soy igual al resto, desde niña yo no era normal”. Para esto es pertinente la doble silla, en la que se sitúa ese lado crítico que está produciendo frustración en frente a la cliente, en este caso el “tu no eres normal” y en el otro lado el que se defiende, “yo si soy normal”. Se

procuraba que estos diálogos sean lo más intensos posibles para así lograr evocar a las emociones con las que se desean trabajar.

### ***“Focusing”.***

Conforme se iba progresando en la terapia, se iba incrementando la utilización de esta técnica, mostrando cada vez mejores resultados y más rápidos. Mediante el “Focusing” se busca que el cliente se abra a la posibilidad de explorarse internamente, situando a la emoción en la parte del cuerpo donde generalmente se presenta (Greenberg & Watson, 2006). Para Carmen era fácil encontrar aquel lugar del cuerpo en donde residía la emoción, cualquiera que esta fuere, constantemente se activaba un lugar específico de su cuerpo generando cierta molestia. El problema venía al solicitar que se asocie ese lugar con la emoción poco clara que le estaba generando el malestar. Carmen refería continuamente una incomodidad que principalmente se concentraba en la parte de su pecho y cabeza, en varias ocasiones se realizó “Focusing” sobre esto. Esta técnica funciona muy bien en la cliente, y le facilitaba a una rápida conexión con su espacio interno; esto se fortaleció notoriamente cuando se le sumo la Terapia de relajación de Jacobson. Las emociones que previamente se consideraban vagas e indeterminadas, se iban aclarando y encontrando sentido. El acompañamiento terapéutico fue crucial, sobretodo en el nombramiento de la emoción, se buscaba junto con Carmen, revisando varias alternativas hasta encontrar aquella que calce a la experiencia (Greenberg & Watson, 2006). Para resumir, nótese el siguiente ejemplo, una vez que se logra asociar el dolor del pecho con la tristeza, se busca llegar a un significado asociado a una situación; “desde niña no tengo a quién contarle mis cosas, estoy sola”.

Se mostrará otra intervención para más claridad; en donde la cliente está relatando la preocupación que tiene, por sus hijos y refiere que cuando está pensando mucho en esto siente un fuerte dolor en el pecho.

Terapeuta: Quiero que regreses a ese momento en tu cocina, cuando estabas muy preocupada por tus hijos, y apareció este dolor.

Cómo es este dolor?

Carmen: Un dolor muy fuerte, duro, aquí en el corazón. Así como que me apretaran el corazón.

Terapeuta: Uh-huh, te aprieta el corazón...

Carmen: Y sale algo de ahí de repente me venía el dolor y me salía algo, no me explico qué es

Terapeuta: Uh-huh algo como que...

Carmen: Como que fuera un aire, primero era el dolor y después cómo que me salía un aire

Terapeuta: Que te produce este dolor?

Carmen: Es como una desesperación, por tener este dolor tan duro, para que ya se vaya

Terapeuta: Imaginemos que este dolor es una caja, que podría haber dentro de esta caja?

Carmen: Preocupación, dolor, tristeza

Terapeuta: Es esto lo que te aprieta el corazón...

Carmen: Sí (se rompe en llanto), esas y tantas cosas más

Terapeuta: Qué otras cosas más?

Carmen: Esa intranquilidad por nuestros problemas económicos, no tener una casa. Son cosas que desesperan.

(después de otras intervenciones)

Terapeuta: Que te gustaría hacer con esta caja?

Carmen: Sacarla de adentro mío

A partir de esta intervención se trabajó asociando el dolor corporal que se encontraba en su corazón, con la tristeza que le generaba el hecho de que a veces no tenía para darles de comer a sus hijos. Esa constante preocupación le alejaba de su sentimiento de tristeza y la llevaba a una desesperación más profunda.

### **Terapia de relajación de Jacobson.**

A través de este método de relajación se pretende era, la relajación corporal de la cliente y el reconocimiento al momento de generarse un cambio. Se lo implementó especialmente para desarrollar la capacidad de Carmen a enfocarse en el cuerpo de ella y en sus músculos cuando estaban tensos y relajados. Es esencial estar atentos a lo que sucede en la corporalidad de cada uno, pues este puede servir como un indicador de lo que está ocurriendo. Además, fue importante dentro de este proceso terapéutico, pues permitían comparar lo que sentía frente a una emoción con otras; para esto se clasificó los cambios similares que ocurrían para cada emoción. Una vez que se realizó por primera vez dentro de terapia y se apreció la aceptación de la cliente, se lo repitió consecuentemente en los primeros 20 minutos de las siguientes sesiones.

Para comenzar se solicitaba a la cliente que se mantenga enfocada en lo que iba solicitando la terapeuta, dejando de lado cualquier tipo de preocupación o distracción que no le permita que su foco de atención sea cada una de las partes de su cuerpo. Los más



importante en ese momento no era nada más que sus músculos y cómo estos se iban relajando poco a poco. Se pedía situarse en una posición lo más cómoda posible, a continuación la cliente cerraba sus ojos y se comenzaba a guiar su proceso de relajación. Se iniciaba por la respiración y toda la atención se dirigía a eso, se le solicitaba que inhale y exhale por varias veces hasta que la cliente logre introducirse en la experiencia. En seguida, se dirige a Carmen a mover su foco de atención a los músculos principales de su cuerpo, estirándoles y poniéndoles lo más duros y tensos que pueda, para luego irlos relajando y suavizando poco a poco. Se iniciaba desde los músculos de más arriba del cuerpo, los de la cara y se terminaba con los de los pies. Por ejemplo, se solicitaba a la cliente que levante sus cejas, estirándolas lo que más pueda, se mantenía esa posición por mas o menos unos 8 segundos y después se las iba soltando muy despacio, sintiendo cómo estas se iban relajando y transformando por dentro. Se continuaba con otros músculos de la cara, después el cuello, siguiendo por sus manos, sus brazos, su pecho, abdomen y glúteos, para terminar con sus piernas y pies. Siempre llevando a estirarlos y contraerlos hasta su máximo, para así lograr una mayor relajación. Al terminar, regresábamos a la respiración, hasta poder retornar poco a poco al momento de la sesión.

Cuando se culminó la primera aplicación de dicha técnica, se consultó a Carmen sobre cuál había sido su experiencia, además de una evaluación de la misma, ya que es importante que sea la cliente la que elija si es o no una técnica apropiada para ella. A esto respondió: “Me siento mejor, más tranquila, mi cuerpo está más suave, (...) me gustaría que sí lo hagamos otras veces, me hace sentir bien”. La terapeuta continuó, “(...) puede llegar a ser muy útil para ti, es fácil hacer lo y sería bueno si encuentras un tiempo y deseas realizarlo también en tu casa”. En la siguiente sesión, al terminar de realizar este método, la cliente refirió lo siguiente: “Me siento más relajada y tranquila (...), pero estoy sintiendo que algo

me presiona siempre cuando respiro, no me deja respirar”. A partir de esto se implementó la técnica de “Focusing”, que se detalló previamente. Carmen ha referido que aprecia mucho este tiempo de la terapia ya que le permite dejar de lado por un momento todas sus preocupaciones y malestares.

### **Colores y dibujos.**

En sesión ya se habían implementado algunas técnicas sin tener mayor respuesta de la cliente, por lo que se resolvió aplicar elementos diferentes que fomenten y favorezcan su participación. Para esto se intentó eliminar toda barrera que pueda significar un impedimento para el desarrollo de las mismas, uno de los componentes que se requería era, adaptarlos para una fácil comprensión y suscitar motivación. Esta técnica nació en medio de una intervención terapéutica, como medio para una exploración interna de las emociones de Carmen. Se solicita asignar un color a la emoción que estaba siendo transitada. Se decidió dar un énfasis importante en esto ya que, al implementarla se produjo, por primera vez, una conexión con sus emociones. A pesar de que suene algo muy simple, fue esta característica lo que mayormente promovió la aceptación y apertura por parte de la cliente. A partir de esta argumentación se buscan o adaptan técnicas en las que se predomine la sencillez y no resulten complicadas para Carmen, pues esto le causaba de alguna manera, resistencia y rechazo. Otro ejemplo de estos métodos mencionados es el realizar un dibujo que demuestre como percibe la emoción en ese momento; en los anexos se encuentran algunos de sus dibujos, representando emociones específicas. Se administró una hoja A4 y crayones de diferentes colores, dándole la libertad de elección según lo considere. Para terminar, se analizó el dibujo en conjunto terapeuta-paciente, y se exploró lo que había más allá de él.

Para una mayor comprensión se relatará la primera intervención que se realizó mediante este método; fue en la última parte de la sesión, después de trabajar una problemática de auto aceptación.

Terapeuta: Como te sientes después de haber dicho todas estas cosas acerca de ti mismo?

Carmen: Tal vez un poco confundida

Terapeuta: Como se siente ahorita el haber comenzado diciendo que no sirves para nada y después darte cuenta de que eso no es así, de que tu si sirves?

Carmen: No se, nada

Terapeuta: Si me tuvieras que definir en este momento en dos palabras cómo estás, cuáles serían?

Carmen: No sé

Hasta este momento podemos observar como la cliente se muestra inaccesible y totalmente alejada de cualquier emoción, a pesar de que toda la sesión había resultado bastante emotiva. En consecuencia, se hizo lo siguiente:

Terapeuta: A ver, entonces elige un color, cualquier color, que describa cómo estás ahorita. Has visto cómo hay colores que se parecen a nuestro estado de ánimo, siendo unos más fuertes, otros más suaves. Qué color elegirías en este momento para que yo vea cómo te sientes?

Carmen: El amarillo

Terapeuta: Uh-huh, amarillo, por qué amarillo?

Carmen: Porque el amarillo parece tranquilo

Terapeuta: Tu te sientes tranquila ahorita?

Carmen: Totalmente no, pero un poquito

Terapeuta: Qué te llevas de esta sesión?

Carmen: Tranquilidad

Se ve claramente como la cliente sale de ese bloqueo de explorar su sentir de ese momento y empieza a evaluar su estado actual.

Ahora veamos como se aplicó lo mismo en otra sesión, su progreso y resultado. Esta vez, se implementó después de haber realizado “Focusing” de unos dolores en su cuerpo que refirió después de hablar sobre una problemática con su esposo. Este dolor, a pesar de que era intenso, estaba muy difuso para Carmen, pues no le podía dar un significado, ni tampoco asociar a alguna emoción, lo que le empezó a generar bastante confusión. Esta confusión se observa al principio de la intervención. Una vez más se le pidió que ponga un color a este dolor, con el objetivo de explorar las emociones que estaban atrás de esto.

Terapeuta: De color podría ser este dolor que refieres?

Carmen: Le veo de un color amarillo otra vez

Terapeuta: Por qué dirías que es un color amarillo?

Carmen: Porque es encendido

Terapeuta: Uh-huh encendido...

Carmen: Sí, como mi dolor. Pero a mi me gusta ese color, en cambio el dolor no me gusta.

Terapeuta: Uh-huh el dolor no te gusta. Regresa de nuevo a este dolor, cómo lo ves?

Carmen: De un color oscuro, plomo

- Terapeuta: Uh-huh es oscuro...
- Carmen: No me gusta, está opaco, oscuro (...) como lo contrario a lo que a mi me gusta.
- Terapeuta: O sea es como que te disgustara...
- Carmen: Siento y pienso que no me gusta
- Terapeuta: Este dolor que no te gusta, se parece en algo a este dolor que se produce cuando cuentas que tu esposo se va con los amigos y otras mujeres a divertirse
- Carmen: Sí, es igual de feo
- Terapeuta: Que te molesta tanto de este dolor?
- Carmen: Que es demasiado fuerte, este dolor de la cabeza y del corazón, es oscuro y opaco, (...) está de ese color por lo que no me he podido sacar lo que tengo adentro
- Terapeuta: Como algo que se ha ido acumulando?
- Carmen: Sí, algo que está años, desde que era niña

Después de esta intervención emergió la tristeza, una emoción primaria, que es causada por el hecho de no tener alguien a quién contar sus cosas y tener que guardarse todo. Además relacionó su dolor con este sobrecargo de emociones y acontecimientos.

### **Aceptación de emociones.**

Esta es una parte muy importante del proceso terapéutico pues una vez que se han evocado las emociones de la cliente, Carmen, las juzgaba y rechazaba, ya que era difícil para ella aceptarlas como parte de su experiencia. Casi siempre creía que sentir lo que estaba

sintiendo estaba mal, por lo que intentaba alejarse y dejar de sentir. Esto hacía que muchas de sus emociones sean reprimidas o modificadas por algo que lo veía como “más correcto”. Con la ira era muy frecuente que se sienta culpable, ya que consideraba que ella no debería enojarse porque simplemente eso está mal y solo lo hacen las personas malas. Con la tristeza pasaba algo similar, cada vez que se sentía de esa manera, se juzgaba y buscaba la forma de evitarlo. Para lograr la aceptación de las emociones en la cliente, se realizaban preguntas como “por qué crees que esta mal sentirse de esa manera?”, “qué pasa cuando las personas tenemos ira?”, “qué es lo que te molesta tanto de sentirte así?”; y poco a poco ir normalizando cada emoción. Cuando surgía esto, se pretendía una nueva exploración que de alguna forma se ligaba con el significado que daba la cliente a sus emociones. Además se le otorgó una lista con emociones, ubicada en los anexos, con el fin de que pueda aprender a diferenciar e identificar lo que siente poniéndole un nombre (Greenberg & Watson, 2006). Cuando se le dio la lista, se solicitó que la llevara siempre a la mano y que la revise constantemente durante el día, asignando una de las emociones a ese instante, y cuestionándose, por qué nace esta emoción ahora? Qué produce esta emoción en mí? Cómo reacciono frente a esta emoción?. Esto favoreció al trabajo con las necesidades emocionales.

Se presenta a continuación un corto diálogo entre la terapeuta y la cliente, donde Carmen refiere su rechazo frente a la ira y al odio, cómo intenta evitarlo y cómo se juzga después.

Terapeuta: Es como un golpe iras, que viene de repente, es así?

Carmen: Viene de golpe y de ahí se me va. Sin embargo, cuando estoy sola, digo por qué me siento así. Me arrepiento, no me debería portar así.

Terapeuta: Por qué hay esta parte de ti, que dice que no debería portarse así?

Carmen: No debería ponerme así porque la otra persona tal vez se sienta mal.

Terapeuta: Uh-huh, pero tu te sientes...

Carmen: Cuando estallo de ira después me siento un poco aliviada, pero luego arrepentida.

En consecuencia se realiza una doble silla, en donde se ubica por un lado, esta persona que se siente bien después de demostrar su ira, y al otro lado, esa persona avergonzada y arrepentida por lo mismo. Se logró normalizar esta reacción, entendiendo que es algo que puede pasar, y que de alguna forma es mejor que quedarse callada. Se enfatizó que el momento en que esta es expresada, le causaba al menos un poco de alivio del cual no debía sentirse culpable; y si es que alguien llega a sentirse mal por esto, después habrá un momento para “hacerse de a buenas”.

Es importante tomar en cuenta que estas intervenciones se deben realizar con mucho cuidado dentro de este contexto cultural, se debe tener presente que el esposo puede reaccionar de una manera no esperada y violenta.

En otra sesión, utilizando la técnica de los colores y dibujos, se le hizo dibujar esta ira que tanto le molestaba. Como resultado dibujó su propia cara, descrita por ella mismo como “horrible”, refiriendo que ella se siente de esa manera cuando llega la ira, siente como su cara se transforma. Se prosiguió a trabajar con el dibujo, guiando para que Carmen explore que hay atrás de eso. Se podría decir que se hizo una silla vacía con el dibujo, haciéndole que este hable. Se concluyó que hay veces en que es necesario sentir esta ira y que esto no sólo lo hacen las personas malas y “horribles”, sino todos. Carmen refirió, que al momento de calmarse, su cara volvía a la normalidad y su vida continuaba, a diferencia de cuando se quedaba callada.

El conjunto de estas técnicas permitió que el proceso terapéutico fuera progresando para el beneficio de la cliente, a través de esto, se logró entrar en Carmen, y así poder conocer

sus emociones. La evocación de las emociones dentro de la sesión fueron cruciales para lograr identificar y entender la forma en la que eran percibidas y experimentadas por Carmen. A través de la vivencia se llegó a la interpretación que se daba, ligada directamente al malestar ocasionado.

Como parte del proceso, se trabajaron otros temas que podían ser útiles para la funcionalidad de la cliente, como el buscar alternativas para mejorar su estado económico. Este planteamiento fue por parte de Carmen, pero se consideró apropiado y oportuno para desarrollarlo; se mencionaron otras actividades que podría hacer y la motivación que tiene respecto a esto. Se validó en todo momento, a sus ideas y el deseo de salir adelante; se consideró un paso importante en su desarrollo dentro de la terapia, el querer hacer algo por cambiar su estado.

### **Análisis de resultados**

A continuación se detallarán los resultados de los Inventarios aplicados a la cliente, los que incluyen en Inventario de Síntomas SCL-90-R y el Inventario de Depresión de Beck. Se analiza los resultados y se comprueba el efecto que tuvieron las intervenciones psicológicas en el progreso de la cliente.

#### ***Pre-test.***

La tabla siguiente nos muestra los resultados de Carmen al tomar dicho test, el cual fue aplicado en la tercera sesión.

*Tabla 3. Puntuaciones Inventario SCL-90, pre test*

<b>PUNTAJES T SCL-90-R</b>											
<b>SOM</b>	<b>OBS</b>	<b>SI</b>	<b>DEP</b>	<b>ANS</b>	<b>HOS</b>	<b>FOB</b>	<b>PAR</b>	<b>PSIC</b>	<b>IGS</b>	<b>TSP</b>	<b>IMSP</b>
60	55	40	63	60	50	65	60	65	60	80	45



Las puntuaciones mayores a 63 se considera como altas y pueden significar que la persona está en riesgo. Como podemos observar en las dimensiones que sobresalen los puntajes son en depresión, ansiedad fóbica y psicoticismo. Para que la escala de depresión se eleve se debe considerar el estado de ánimo disfórico, la carencia de motivación, ideaciones suicidas, desesperanza, entre otros (Casullo, Pérez, 2008).. La ansiedad fóbica en cambio, se alude cuando hay un miedo persistente sin una razón concreta o lógica. Por último el psicoticismo abarca síntomas relacionados con estados de soledad, alucinaciones y control del pensamiento (Casullo, Pérez, 2008). Todas estas escalas han sido elevadas por Carmen con valores que se encuentran en el límite para ser considerado en riesgo, todas ellas refieren síntomas o características de depresión. En el índice global del TSP, el valor bruto es de 80, lo que indica que pudo haber una tendencia a exagerar sus patologías, el valor de su IMSP (45), se considera una puntuación media por lo que se puede concluir que la cliente no fingió en sus respuestas, lo que hace que se considere contestaciones y puntajes válidos.

El cuadro de interpretación del Inventario de Depresión de Beck sugiere que la cliente está dentro de un nivel de depresión moderada, y casi puntuando para el siguiente nivel, lo que significa que la depresión puede estar causando mucha disfuncionalidad y malestar en su vida. Es muy probable que varias o todas las áreas de su vida se vean comprometidas y afectadas.

Al analizar los resultados de los dos instrumentos implementados, se puede concluir que Carmen presenta síntomas de depresión y confirman el diagnóstico dado previamente.

### ***Post test.***

Después de 13 sesiones de trabajo terapéutico con Carmen, en donde se enfatizó la evocación, exploración e identificación de las emociones, para que la cliente logre tener una

mejor aceptación de las mismas, se ha logrado ver y medir las mejorías. A pesar de que como se ha mencionado previamente, ha sido un proceso conformado por pasos muy cortos y lentos, pero a su vez llenos de aprendizajes. Lo que se pretendía mediante la aplicación de las técnicas utilizadas, era que la cliente lograra sentir sus sensaciones corporales y de esa manera asociarlas con alguna emoción. También se buscaba que la cliente, después de haber puesto un nombre a las emociones, y de sentirlas dentro de su cuerpo, logre aceptarlas y deje de evitarlas. Cada una de las intervenciones, apoyadas por la relación terapéutica que se había logrado, llevaron a que Carmen fortalezca y cree ciertas habilidades, en relación a sus emociones y a su vida. Para poder medir el progreso de la cliente, y tener una idea más concreta de su situación actual, después de varias semanas de intervenciones, se volvió a administrar el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Síntomas SCL-90-R, para así poder comparar los resultados con el aplicados en el principio.

En la segunda aplicación del SCL-90-R se obtuvieron cambios significativos, sobretodo en aquellas dimensiones que sobresalían en la primera vez que se tomó el inventario; depresión, fobias y psicoticismo.

*Tabla 4. Puntuaciones Inventario SCL-90, post test*

PUNTAJES T SCL-90-R											
SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP
60	60	55	60	55	50	63	60	65	60	80	40

En este post test continúa dentro del rango clínico la ansiedad fóbica, a pesar de que su puntuación disminuye de T=65 a T=63, y el psicoticismo que se mantiene con una puntuación de T=65, lo que hace que se siga considerando elevado. Las obsesiones han aumentado a T=60, pero todavía no se lo considera tan alto como para que entre en el rango clínico. El índice total de síntomas positivos tiene la misma puntuación en los dos casos, esta puntuación bruta de 80 sugiere que la cliente puede estar exagerando sus patologías. El índice

de malestar positivo que pretende evaluar si la persona exagera o minimiza los malestares a disminuido su puntuación a un  $T=40$ , sin acercarse al rango clínico, esto insinúa que la paciente reporta un nivel mayor de malestar y no necesariamente está fingiendo.

Por otro lado, se recuerdan los resultados del primer test sugirieron que, con un total de 30, la cliente se encontraba en el límite del nivel de depresión moderada, faltando por mínimo para la categoría de depresión grave. En la re-aplicación, se obtiene una puntuación de 21, lo que permite ver una disminución en el grado de depresión. Esto permite concluir que el proceso terapéutico está teniendo impacto en la cliente. Aún con una diferencia de 9 puntos entre los dos test, se sigue considerando, según la tabla de puntuaciones de Beck, una depresión moderada, pero estando en el límite con llegar a considerarse estados de depresión intermitentes. Para poder seguir con este progreso, es importante que se continúen las sesiones terapéuticas y se siga trabajando con el manejo de sus emociones.

La percepción del terapeuta frente al estado actual de la cliente, es positiva, pues se ha observado como Carmen claramente ha tenido un progreso dentro de sí misma. Primero, está considerablemente motivada con las sesiones de terapia, está comprometida y con ganas a participar por un cambio favorecedor. Hay mucho más interés al desarrollar las actividades y técnicas que son propuestas por el terapeuta y su participación es ampliamente más colaborativa que antes. En capítulos anteriores, se comentó que en un principio, la cliente no estaba muy abierta y se le hacía un poco difícil hablar, sobretodo cuando se trataba de ella. Esto ha ido cambiando poco a poco, y ahora, la cliente habla con bastante soltura, amplitud y cada vez que lo cree oportuno; se ha dado esa confianza terapéutica, en donde sabe que no hay límites de palabra, todo lo que se diga es importante. Con respecto a sus emociones, es muy claro el avance que se ha logrado, pues ha logrado identificarlas y etiquetarlas, y por lo tanto habla mucho más de ellas en sesión. Además, ha desarrollado su habilidad para sentir

sus sensaciones a nivel corporal, muchas de sus emociones expresadas en sesión, van acompañadas por expresiones a nivel físico, la mayoría de veces sin ser solicitadas por el terapeuta. Carmen, tiende a validar y aceptarse, tanto a ella como persona, como a sus emociones, ya no tiene esa necesidad de alejar o esconder todos sus sentimientos, mas bien, intenta sacar todo lo que tiene guardado en su interior. La evocación de las emociones, mediante la aplicación de cualquiera de las técnicas que se utilice, es mucho más clara y rápida, por lo que permite una mejor intervención; el lenguaje metafórico y la imaginación son técnicas que generan una mejor respuesta que antes. Ha bajado mucho más el malestar con ella mismo, al principio del proceso estaba muy triste, dolida y sin esperanza, ahora, en cambio, ella sabe que tiene oportunidades y la capacidad para salir adelante y así poder tener una vida más tranquila. Han aparecido ya, emociones distintas a las que siempre han estado con ella, emociones que en vez de malestar, generan tranquilidad. Todas estas mejorías hacen que Carmen pueda ser más funcional en el manejo y desarrollo de su vida y de sus relaciones interpersonales.

Al haber conseguido identificar las emociones de Carmen, se prosiguió a la siguiente fase que es la transformación de las mismas. La terapia continúa hasta la actualidad.

### **Importancia del estudio**

Potencialmente, este estudio podría contribuir a un mejor tratamiento en personas con inhabilidad para reconocer sus emociones, sobretodo aquellas con características similares a la de nuestra cliente, como escasa educación, bajos recursos económicos y falta de apoyo primario. Este estudio es importante porque se observa como el terapeuta debe adaptarse al cliente, a sus necesidades y capacidades, sólo de esta manera se obtendrán resultados exitosos en la aplicación de cualquier corriente terapéutica. Al igual que se logró con la cliente a ser

más funcional con sus emociones se podrá lograrlo con otras personas, esto no se limita a personas depresivas, pues la mayoría de personas acuden a consulta por asignar significados desadaptativos a sus emociones. También contribuirá a otros estudios de caso ya que estos generalmente se limitan a aplicar lo que dice la literatura, pero aquí se observa que en el proceso se puede apoyar con otras técnicas. Como terapeutas hay que estar abiertos a diferentes opciones.

## CONCLUSIONES

### **Respuesta a la pregunta de investigación**

Mediante técnicas del EFT, se llevó a cabo un proceso terapéutico, en donde se pretendía acompañar a la cliente en la exploración e identificación de sus emociones con el objetivo de disminuir su malestar y disfuncionalidad causada por la falta de conocimiento y aceptación de las mismas. Siendo una cliente diagnosticada con Trastorno de Depresión Mayor, recurrente, se consideraba crucial para su mejoría, la evocación y exploración de sus emociones para entender el significado que se les había dado. La dificultad en clarificar las emociones en la cliente aumentó la complejidad del proceso pues era necesario dar nombres a las emociones para poder trabajar con ellas, es por esto que los pasos y el progreso dentro de terapia fue considerablemente despacio. Uno de los objetivos era que la cliente logre asociar cada emoción con las sensaciones corporales que ocasionaban, de esta manera estar en contacto con su interior y ver como su cuerpo respondía a cada sentimiento. Al principio a la cliente le costaba bastante compartir ciertos aspectos de su vida, la mayoría del tiempo hablaba sobre otras personas, menos de ella, esto cambió mediante la alianza entre cliente-terapeuta. Se propuso a la cliente que considere este espacio como un momento para poder concentrarse en ella y para poder dedicar ese tiempo sólo a ella; a raíz de eso la cliente dedicó cada sesión, sólo a hablar de ella. Su compromiso aumentó, y como consecuencia su motivación y el deseo por el cambio también crecieron.

Una de las conclusiones más importantes a la que pudo llegar la terapeuta, fue que es necesario entender y estar conscientes de que no todos los pacientes son iguales, aunque vengan por condiciones o situaciones similares. Esto sugiere por lo tanto que no todas las técnicas terapéuticas se las puede aplicar de la misma manera en todos los casos. Cada persona tiene capacidades, habilidades y necesidades diferentes que necesitan ser tomadas en

cuenta por el terapeuta al momento de las intervenciones. El hecho de que en la literatura expliquen y detallen cómo estas técnicas deben ser aplicadas para un tratamiento más exitoso, hay que recordar que no siempre toman en cuenta ciertas variables y condiciones de otras sociedades. En el caso específico de este estudio, al tratarse de una cliente con limitada educación, con otra cultura y percepción del mundo, fue necesario modificar y adaptar cada una de las técnicas aplicadas. Con esto se buscó siempre el bienestar de la cliente, teniendo en cuenta que la terapeuta estaba ahí tan sólo para acompañar en el proceso, pero apoyando y facilitando el mismo. Al adecuar, agregar y simplificar ciertos elementos en las técnicas, como implementando dibujos, cartas, entre otras cosas, se observó una mejor respuesta por parte de la cliente. Este caso es un claro ejemplo que sirve para demostrar la necesidad del terapeuta de adaptarse a las condiciones del paciente y sus recursos .

Fue crucial para la terapeuta, el estar presente en cada momento de la sesión, durante todo el proceso y en su progreso, por más pequeño que este sea. Con estar presentes, nos referimos que es necesario el aquí y ahora que se propone en la Terapia Humanista, pues gracias a eso se observó importantes elementos que después fueron de ayuda para las intervenciones. Por ejemplo, las respuestas y reacciones que tenía la cliente frente a cada una de las intervenciones, además de cómo se sentía y las emociones que se generaban ese momento de la terapia. Esta herramienta, de estar presente ese momento, fue básico para el desarrollo de la terapia, pues al ser una persona que no reconocía las emociones, la terapeuta tenía que estar atenta a todas las respuestas que generaba la evocación de las mismas. Otra herramienta que fue de gran ayuda, es la respuesta empática, ya que, como nunca había sido escuchada por nadie, esto le ayudaba sentirse apoyada y atendida; lo que influyó para que pueda abrirse más en terapia.

Se decidió utilizar EFT porque se consideró como un medio apropiado para poder llegar a las emociones de esta cliente, al contar con los recursos y las estrategias para evocarlas, explorarlas y entenderlas. A pesar de que como ya se mencionó, las técnicas fueron acopladas, sirvieron de gran instrumento para acceder a los lugares internos de la cliente. Dado que presentaba problemas para discriminar sus emociones y sentimientos se utilizó un enfoque terapéutico que vaya acorde con dicha inhabilidad. Como se menciona en la parte previa del estudio, esta terapia en la depresión se divide en diferentes fases, y la fase dos, de evocación y exploración de las emociones, era muy adecuada para la aplicación en el estudio.

A pesar de que la cliente ya tenía un diagnóstico previo de Depresión, se le aplicó el Inventario de Depresión de Beck que nos llevó a corroborar lo anterior, además, bajo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, se concluyó que la cliente tenía un Trastorno de Depresión Mayor, recurrente y crónico. Al estar dentro de un nivel moderado de depresión, se tomó en cuenta que el tratamiento más apropiado hubiese sido con la colaboración de medicamentos. Dadas las condiciones de la cliente, de no tener los recursos económicos para poder adquirirlos, y al haber ya rechazado un tratamiento farmacológico previo, se consideró apropiado esperar y ver el progreso de la psicoterapia. En efecto, después de varias sesiones de tratamiento, se re-evaluó a la cliente y se vio un considerable e importante progreso, por lo que se descarta el uso de fármacos por el momento, siempre teniendo presente que esto puede cambiar. Esto nos lleva a la conclusión de que a pesar de que sea lo más recomendado tener terapias multidisciplinarias, no siempre es la única opción. Una vez más nos adaptamos a las condiciones de la cliente, y se interviene con los recursos que hay.

Otra de las observaciones es que, si bien en un principio, al escuchar todos los acontecimientos de la vida de la cliente que resultaban ser problemáticos, se pensó trabajar



inmediatamente con cada uno de ellos, después se reparó que era necesario ir más allá del relato de la misma. Al tener en cuenta que no siempre es bueno quedarse en el contenido, sino ir “mas allá” y profundizar lo que nos cuenta la cliente, se cambió totalmente el rumbo de la terapia, yendo así primero a trabajar con aquellas emociones que estaban dentro. La cliente también pudo organizar de mejor manera sus ideas, relatos y acontecimientos, llegando a escoger uno en cada sesión, y esto llevaba a trabajar de forma más eficaz.

Una de las mejorías de la cliente, además de llegar a reconocer sus emociones y de identificar cómo estas se sienten, se logró que acepte las mismas. Este fue un paso valioso en el proceso terapéutico, pues el hecho de aceptar sus emociones tuvo como consecuencia empezar a aceptarse a ella mismo, en todos sus aspectos. Al aceptarse como ella es, colaboró para que se aprecie más y deje de juzgarse y ser tan auto-crítica. Lo que le lleva a validar lo que siente y sus reacciones frente a esto. También aumentó su confianza en ella y en los demás y su deseo por hacer cosas para ella mismo, lo que generaba esperanza en que las cosas podían cambiar. Tenía ganas de generar cambios, y saber que es ella la única que puede lograr eso en su vida. De alguna forma, se observó que, venir a terapia le permitió sentirse parte de algo, que aumentó su motivación y confianza. Ahora sabe que hay alguien que la puede escuchar y que no tiene que seguir callándose el resto de su vida.

### **Limitaciones del estudio**

En el desarrollo del estudio y del proceso terapéutico, aparecieron algunas limitaciones, que son importantes mencionar al lector y que pueden ser consideradas en una futura aplicación. Estas limitaciones no perjudicaron a la cliente, ni a su desarrollo.

Para comenzar, es necesario mencionar que dentro de la literatura relacionada al estudio, en casi su totalidad, correspondían a los mismos autores, siendo siempre el precursor,

Leslie Greenberg. Esto llevó a que la mayoría de bibliografía adquirida para el estudio, sea escrita y administrada por el mismo grupo de personas. Lo que lleva a que se planteen las mismas teorías, hipótesis, ejemplos, técnicas y respuestas, y no haya o se abran a otras posibilidades y consideraciones. Al no encontrar variedad en información, se utilizaron los escritos del mismo autor.

Otra de las limitaciones que se encontró, y probablemente la más importante, fue el hecho de que, en un principio se quiso seguir lo que decía la literatura sobre la aplicación de las técnicas, pero estas no daban el resultado esperado. Esto comenzó a cuestionar la terapeuta, si eran o no las técnicas adecuadas para este caso, poco después y con la ayuda de supervisión, se llegó a la conclusión de que, en la literatura, esta terapia ha sido estudiada, aplicada e investigada en personas de países más desarrollados, con otra cultura y otro nivel de educación. Estos cuestionamientos surgieron al momento en que se aplicaban las técnicas y no se tenía respuesta alguna de la cliente, por ejemplo, se realizaba la técnica de la silla vacía, y le costaba poder ver o imaginarse a la otra persona dentro de terapia. Recordemos que nuestra cliente no tiene educación, su lenguaje es limitado, nunca tuvo un círculo de apoyo, entre otras cosas. Las personas con estas condiciones, en nuestra sociedad, tienen escaso acceso a sus emociones pues desde pequeños son reprimidas por el resto. Para ellos llorar, no es algo que se debe hacer, no está dentro de las opciones, entonces cuando poco a poco van perdiendo esa expresividad emocional; se podría encontrar inhabilidad para clarificar sus emociones en la mayoría de ellos. Entonces, al entender que las técnicas de alguna u otra forma estaba desarrolladas para otro tipo de personas o sociedades, se optó por modificarlas y adaptarlas a las necesidades, capacidad y habilidades de la cliente.

Se incluye también como limitación, el no haber podido aplicar alguna prueba más completa y específica, como el MMPI-II, para poder complementar y rectificar el

diagnóstico dado. Esto se debió a la falta de educación de la cliente, que se requería para poder considerar válido el resultado del mismo. Además el desarrollo de las pruebas, producía bastante ansiedad e incomodidad en la cliente, ya que muchas veces no entendía muy bien lo que se le preguntaba o tenía que leer varias veces para poder responder. Es por esta razón que sólo se administró el Inventario de Depresión de Beck, el cual fue apropiado por no tener muchas preguntas y ser de fácil entendimiento, y el inventario de síntomas, SCL-90.

Utiliza media página para señalar las limitaciones de tu trabajo (¿Se limitará a un cierto número de personas? ¿a un rango de edad? ¿a una escuela en particular? ¿está basado en información vieja? ¿está limitado a los EEUU o a un país no ecuatoriano? ¿el contexto está mal?). También deberás explicar las posibles limitaciones metodológicas de diseño a las que podrías enfrentarte.

### **Recomendaciones para futuros estudios**

Dentro de este estudio hay ciertos elementos que se consideran necesarios modificarlos para próximas aplicaciones, como el hecho de que desde un principio se tome en cuenta que no todos los clientes tienen las mismas habilidades y capacidades, y no se adaptan a todas las técnicas. El hecho de saberlo desde el principio, puede asegurar una mayor eficacia en el tratamiento, el fortalecimiento de la relación terapéutica y por ende respuestas inmediatas en el proceso.

Entre otros estudios que serían apropiados e interesantes realizar para la terapeuta, está el investigar con una muestra más grande, esta inhabilidad de reconocer emociones, sobre todo con la población de bajos recursos y poca educación. Analizando la manera en que son formadas, y cómo puede influir crucialmente en su emocionalidad. Sería interesante

hacer un estudio longitudinal en donde se vea el manejo de emociones en personas con el mismo nivel socio cultural con el que se trabajó en este estudio. Y así entender el significado que le dan a sus emociones y cómo llegaron a eso.

## REFERENCIAS

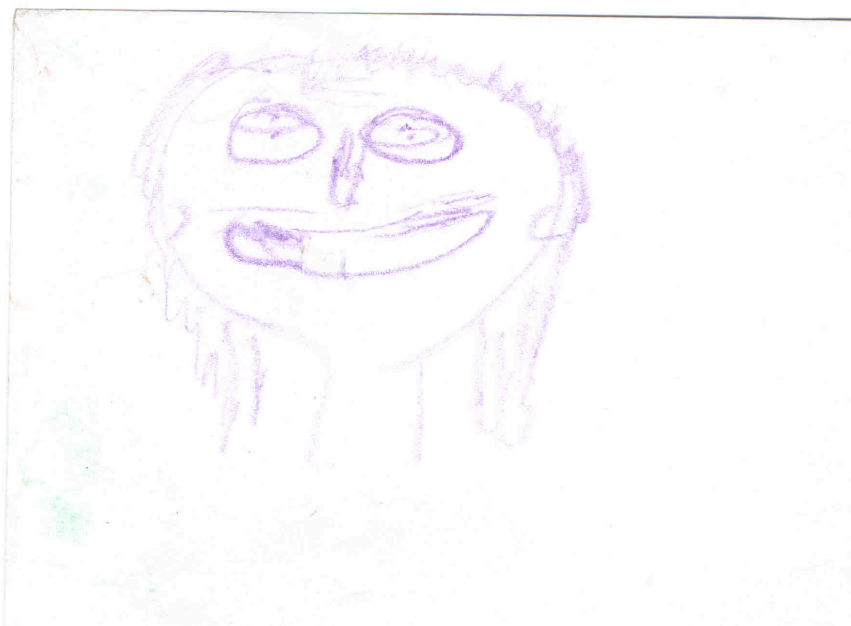
- Alonso-Fernández, F. (2011). La Alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud Mental*, 34, 481-490
- American Psychological Association. (2012). Understanding depression and effective treatment. Obtenido el 20 de abril 2012 de <http://www.apa.org/helpcenter/understanding-depression.aspx>
- Barrios, A.F. Graff, A., Gózález-Santos, L. & Mercadillo, E.R. (2007). Versión computarizada para la aplicación del listado de síntomas 90 y del inventario de temperamento y carácter (ITC). *Ssalud Mental*, 30(4), 31-40. Recuperado de <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/s,3004/sm300431.pdf>
- Cain, D. J., & Seeman, J. (2002). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Carryer, J. R., & Greenberg, L. S. (2010). Optimal Levels of Emotional Arousal in Experiential Therapy of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 2, 190-199.
- Casullo, M.M., Pérez, M. (2008). *El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Adaptación UBA, CONICET.*
- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J., & Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: Treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 10, 788-796
- Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2007). The essence of process-experiential/emotion-focused therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61, 3, 241-54.
- Ellison, J. A., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Angus, L. (2009). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 1, 103-112.
- Goldman, R., Greenberg, L., & Pos, A. (2005). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research*, 15, 3, 248-260.
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L. E., & Greenberg, L. S. (2010). Innovative Moments and Change in Emotion-Focused Therapy: The Case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology*, 23, 4, 267-294.
- Greenberg, L. (2008). Emotion and Cognition in Psychotherapy: The Transforming Power of Affect. *Canadian Psychology. Psychologie Canadienne*, 49, 1, 49-59.
- Greenberg, L. S., & American Psychological Association. (2011). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Greenberg, L. S., & Bolger, E. (2001). An emotion-focused approach to the overregulation of emotion and emotional pain. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 2, 197-211.
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: a practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 5, 611-30.
- Greenberg, L. S., Carlson, J., & American Psychological Association. (2004). *Emotion focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hendricks, M. N. (2002). Focusing-Oriented/Experiential psychotherapy. In Hendricks, M. N., *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. (pp. 221-251) Washington, DC: American Psychological Association.
- Martha S. McCallie BSW, Claire M. Blum RN & Charlene J. Hood (2006): Progressive Muscle Relaxation, *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 13*:3, 51-66
- MedlinePlus. Biblioteca Nacional de EEUU. (2012). Depresión. Obtenido el 20 abril 2012 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000945.htm>
- Mendes, I., Ribeiro, A., Angus, L., Greenberg, L., Sousa, I., & Goncalves, M. (2011). Narrative change in emotion-focused psychotherapy: A study on the evolution of reflection and protest innovative moments. *Psychotherapy Research, 21*, 3, 304-315.
- Missirlian, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H., & Greenberg, L. S. (2005). Emotional Arousal, Client Perceptual Processing, and the Working Alliance in Experiential Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 5, 861-871.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Salud de la mujer. Obtenido el 18 de mayo del 2012 de [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Mental Health: Depression. Obtenido el 18 de mayo del 2012 de [www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html)
- Paivio, S. C., & Greenberg, L. S. (2001). Introduction: Treating emotion regulation problems. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 2, 153-155.
- Palmer-Olsen, L., Gold, L. L., & Woolley, S. R. (2011). Supervising emotionally focused therapists: a systematic research-based model. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*, 4, 411-26.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional Processing in Experiential Therapy: Why "The Only Way out Is through". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 6, 875-887.

- Perez, A. P., Fernandez, I. I., Gonzalez, R. D., Miezoso, M. T. G., & Ojeda, F. B. (2012). Modelos factoriales del inventario de depresión de beck-II. Validación con pacientes coronarios y una crítica al modelo de ward. *Psicothema*, 24, 1, 127-132.
- Sanz, J., Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 2, 303-318.
- Scott, J. (2001). Cognitive therapy for depression. *British Medical Bulletin*, 57, 101.
- Storch, E. A., Roberti, J. W., & Roth, D. A. (2004). Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the beck depression inventory?second edition in a sample of college students. *Depression and Anxiety*, 19, 3, 187-189.





**ANEXO B: DESCRIPCIÓN DE LA IRA MEDIANTE DIBUJO**

**ANEXO C: DESCRIPCIÓN DE LA TRISTEZA MEDIANTE DIBUJO**