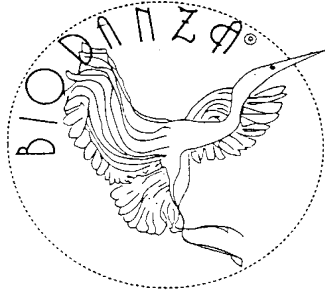


INTERNATIONAL BIOCENTRIC FOUNDATION

Escuela de Biodanza Cordillera de los Andes



SISTEMA ROLANDO TORO

**TESIS PARA OBTENCIÓN DE TÍTULO
“PROFESOR DE BIODANZA”**

**“Biodanza para Mujeres con
Depresión Severa y
Trauma Infantil”**

Andrea Paulina Cáceres Droguett

Agosto 2007

Esta tesis se publica bajo licencia Creative Commons “Reconocimiento-No Comercial-Compartir igual” (Código BY-NC-SA 3.0), permitiéndose su copia y distribución por cualquier medio siempre que mantenga el reconocimiento de sus autores y no haga uso comercial de la obra y “Compartir Igual”, esto es, si usted altera, transforma, o crea sobre esta obra, sólo podrá distribuir la obra derivada resultante bajo una licencia idéntica a ésta.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/legalcode>

"El cuerpo humano es el medio más poderoso que hay, es bien posible esconderse tras palabras o enmascarar una expresión facial, es concebible que uno pueda disimular o engañar con pinturas, arcilla o piedras, impresión o sonidos, pero el cuerpo te revela.

El movimiento y los gestos son los lenguajes más antiguos conocidos por el hombre ellos son aún los más reveladores. Cuando te mueves revelas lo que eres"

Doris Humphrey

Agradecimientos

La vida con sus caprichosos jardines quiso que yo entrara en un camino que no devuelve jamás, es el paisaje sin retorno la llaman Biodanza, Danza de la vida, y como la vida es danza y la danza es movimiento y vida, se confunden en su sentido que casi no logro distinguir sus diferencias.

Agradecer, palabra infinita, que solo se me ocurre otra que la encierra : Amor, por lo que agradezco con todo mi corazón primero que todo a mi hija Francisca, que me brinda la maravillosa vivencia de ser madre, a mi madre Violeta que me brinda la maravilla de llegar a la vida, a mi padre su compañero, Adrián por su sabiduría, a mi otro padre allá en Venezuela, rosas de ausencia, a Ignacio I. psicólogo quien fue mi compañero de ruta en estos tres años y con el que dimos forma a esta investigación y trabajo bello que realicé con sus pacientes del Hospital en la ciudad de Curicó, a mi ángel de la guarda acá en Curicó mi amiga Mabel, a mis todos mis participantes de grupo regular, a mis profesores y amigos queridos, Cecilia Toro, Fernanda Morixe y Pedro Labé, por mostrarme un universo maravilloso de vida, donde decidí desenvolverme, a mi "Escuela de Biodanza Cordillera de los Andes" con su espacio acá en el Cajón del Maipo, a mis compañeras y compañeros a quienes amo eternamente, especialmente a mis amigas Ginny, Karin y Carmen por ayudarme a crecer a sentirme viva y con quienes pude conocer el real valor de "estar y ser" en nuestro hermoso planeta tierra, para conocer a través de sus ojos lo brillante de los colores a mi alrededor, a todos ellos por su importantísima presencia en mi vida y en el mundo y por supuesto a Rolando Toro Araneda, por tener la gracia y la valentía de construir sus sueños y hacerlos realidad en su casa que es el mundo entero, como será de grande su hogar y su corazón que todos los seres humanos cabemos dentro y estamos invitados a celebrar con nuestra Danza de la Vida **La Biodanza**.

Índice

Portada,	1
Párrafo Doris Humphrey,	2
Agradecimientos,	3
Índice,	4
Hipótesis,	5
Introducción,	5
Objetivos de la Investigación,	5 - 6
Características del Grupo Estudio, (Muestra),	6
Descripción del Desarrollo del las Sesiones de Práctica Grupo Regular,	7
Descripción de las Sesiones de Supervisión,	7
Finalidad de la Investigación,	8 - 9- 10
Marco Teórico,	10 - 11 - 12 - 13
Síntomas más Comunes de la Depresión,	14
Patrón para el Diagnóstico de Personalidad Depresiva,	15 - 16 - 17
Alexitimia,	18
Como Actúa la Biodanza,	19- 20- 21- 22
Como Actúa la Línea de la Vitalidad del Sistema Biodanza en el Tratamiento de Personas con Depresión,	23- 24- 25- 26- 27- 28- 29- 30
Como Actúa la Línea de la Afectividad del Sistema Biodanza en el Tratamiento de Personas con Depresión,	31- 32- 33- 34- 35- 36
Como Actúa la Línea de la Creatividad del Sistema Biodanza en el Tratamiento de Personas con Depresión,	37- 38
Observaciones de Campo,	39- 40
Relatos de Vivencia,	41- 49
Bibliografía,	50
Anexos,	51

Hipótesis

El sistema de Biodanza Potencia el Tratamiento Psiquiátrico de Grupos con Depresión Severa y Antecedentes de Trauma en la Infancia del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental en el Hospital Base de Curicó Región del Maule en el año 2006.

Introducción

La siguiente investigación está basada en determinar en que grado la Biodanza como sistema de renovación existencial mejora los aspectos que componen el cuadro Depresivo y su Cormobilidad en mujeres adultas consultantes del servicio de Salud Mental del Hospital Base en la ciudad de Curicó durante el año 2006 por Depresión Severa.

Objetivos de la Investigación:

Objetivo general:

.- Lograr que el sistema de Biodanza sea un buen aporte para asimilar en mejor forma el tratamiento psiquiátrico que reciben los grupos de mujeres con depresión severa y antecedentes de trauma infantil consultantes del departamento de psiquiatría y salud mental en el Hospital Base de Curicó de la Región del Maule en el año 2006.

Objetivos Específicos:

- .- Identificar cuales son las líneas de vivencia de la Biodanza colaboran o limitan la efectividad del sistema aplicado en el cuadro de la depresión severa con antecedentes de trauma sexual infantil y su cormobilidad.
- .- Establecer la relación causa -efecto respecto a las vivencias integrativas de Biodanza en el sistema hospitalario para el tratamiento de la depresión severa.
- .- Comprometer al grupo de mujeres en su propia recuperación a través del Sistema de Biodanza.
- .- Comprometer al grupo de mujeres en la realización de las clases de práctica supervisada en el centro Eleusis, Santiago.
- .- Identificar los Efectos de la Biodanza en este Grupo Estudio (Muestra)

Características del Grupo Estudio (Muestra)

El Estudio y las clases se realizaron en la VII Región del Maule, Provincia de Curicó, comuna de Curicó. La supervisión de las 8 clases de práctica se realizaron en la "Escuela de Biodanza Cordillera de Los Andes" con sede en el "Centro Eleusis", el Manzano (paradero 21), cajón del Maipo- Santiago de Chile - con mujeres con un rango de edad entre 20 y 49 años derivadas por el psicólogo Ignacio Iturria, profesional con el cual seguían tratamiento además de apoyo psiquiátrico en el Dpto. de Salud Mental del Hospital Base de la comuna de Curicó ubicado en calle Chacacabuco # 121.

Las mujeres con las que trabajé pertenecen a un sector poblacional considerado rural en su mayoría de clase baja y medio baja (excepto un par de casos), estas se desempeñan en su mayoría como dueñas de casa, el nivel de estudios es solo de enseñanza básica (excepto un caso). Todas las participantes adultas son madres.

Descripción del Desarrollo de las Sesiones de Práctica Grupo Regular

El trabajo de aplicación del sistema Biodanza se realizó con una totalidad de 12 mujeres, 11 adultas y una adolescente que asistía a las clases con su madre y además participó de las clases supervisadas en el centro "Eleusis" en Santiago.

Las clases se realizaron desde el 17 de Julio hasta el 18 de Diciembre de 2006 con una frecuencia de una vez por semana con una duración de 2 horas aprox. Desde las 15:00 hrs. Hasta las 17:00 hrs. En la siguiente dirección: Calle Buen Pastor #465 en la ciudad de Curicó, el local funciona como "Academia de Danza" y pertenece a Mabel Henríquez Olave contando siempre con su apoyo incondicional, brindándonos el espacio y la tranquilidad necesaria para la realización de las clases.

Descripción de las Sesiones de Supervisión

Para la realización de las clases supervisadas viajé a Santiago con el grupo de mujeres hasta la escuela de Biodanza ubicada en el Cajón del Maipo en el Sector del Manzano paradero 21. Esta supervisión se realizó en dos fines de semana, desarrollándose cuatro clases cada vez dos el sábado y dos el domingo. Las primeras clases se realizaron el 28 y 29 de Octubre de 2006 y las 4 siguientes el 25 y 26 de Noviembre del mismo año. Todo el grupo nos alojamos en el mismo lugar compartiendo organizadamente instancias de comida, trabajo y relax, en armonía y buena disposición.

Finalidad de la Investigación:

La justificación de este estudio está dada a establecer la relación entre la Biodanza como metodología y/o sistema terapéutico y su incidencia en el desarrollo óptimo de la terapia psiquiátrico-psicológica en el tratamiento de la depresión severa con trastorno estrés postraumático.

Dado que los diferentes tipos de depresión pueden asociarse entre sí y compartir síntomas e incluso pueden asociarse a otras enfermedades, esta asociación es lo que llamamos comorbilidad: no es extraño así sea pues nada en el interior del ser humano funciona de manera independiente, somos un pequeño cosmos en el que todo interactúa con el todo, la acción de Biodanza moviliza no solo el sistema neuromotor, sino también los circuitos cardio-respiratorios, neuroendocrinos, inmunológicos y emocionales. Esto significa que la totalidad del organismo es activado para generar procesos adaptativos e integrativos.

Con esta investigación, pretendo además motivar el interés de los Servicios Públicos y Privados de Salud para insertar el sistema de Biodanza como coterapia efectiva a la psicoterapia tradicional que es la que se aplica actualmente en los Dptos. de Salud Mental de nuestro país específicamente en el tratamiento de la depresión severa y que en un alto porcentaje de consultantes pertenecen al sexo femenino se ve agravada por su relación al trauma infantil derivando en una depresión con trastorno estrés postraumático (TEPT), en este caso la severidad de los síntomas es significativamente mayor y tienen más prevalencia en el tiempo, es precisamente la variable que se agrega a las características del tipo de depresión de las participantes al taller de Biodanza, por lo que se justifica "validar además otras estrategias de tratamiento" además de la usada habitualmente, como por ejemplo el "Sistema Biodanza", El TEPT se indica en el documento de investigación psiquiátrica que fue realizado por profesionales de la Unidad de Psiquiatría del Dpto. de Salud Mental del Hospital Base de Curicó, a cargo de la Doctora Verónica Vitriol y que adjunto en los Anexos,

en él se toma la muestra de la población total de mujeres consultantes por depresión severa en el mismo Hospital en el año 2006. Las características de las participantes del trabajo con Biodanza quedan explícitamente claras en este documento, todas ellas seguían el tratamiento psiquiátrico y psicológico en el Hospital.

Las terapias de vanguardia en torno a trastornos psicológicos y/o psiquiátrico como es la depresión, atienden a la necesidad de tratar la corporalidad en forma integral, incluyendo sus movimientos, gestos, desplazamientos, interrelación con el entorno, sus pares y su amplio mundo afectivo; si cada vez hay más investigaciones y acepciones sobre la integralidad de la psique y el soma como un todo en constante cambio, ¿porqué se insiste tanto en tratar solo la parte "mental" del problema sin prestar atención a lo que lo contiene, que es el cuerpo?, ¿no debería entonces toda terapia integral incluir sistemas de terapia corporal como la Biodanza?. Prolongando en el tiempo los buenos resultados, ya que nuevas "vivencias enriquecidas" y guiadas como en una clase de Biodanza con un tiempo estimado y considerable para tales efectos se logran incorporar (hacer cuerpo), al desenvolvimiento cotidiano de una persona e instaurar la revalorización de la vida en general y la propia vida en particular.

Estos descubrimientos refuerzan un enfoque Holístico de la salud mental en Chile orientada a lograr la "Atención Integral" del paciente o consultante, entendiendo que este ser humano encierra el desarrollo psíquico, emocional, afectivo, corporal, motriz, perceptual etc.

Finalmente quiero agregar que se hace necesario y urgente implementar un programa de Especialización en Biodanza Clínica en Chile, para poder abordar con propiedad el tema de la Depresión Severa y otros cuadros psiquiátricos y/o psicopatológicos, ya que según el Servicio Nacional de Salud aumentan año a año, teniendo Chile estadísticamente un altísimo porcentaje promedio a nivel mundial (información publicada por los medios especializados en el año 2007 en curso).

Marco Teórico

La depresión es la enfermedad de la tristeza asociada a una serie de sentimientos negativos que nos agobian, como la pena, melancolía, desencanto, desilusión, abatimiento, falta de ganas y energía, y todo acompañado de un lenguaje propio; Se inhiben casi todas las funciones psíquicas que dan lugar a una serie de síntomas en esta enfermedad, es un trastorno que puede manifestarse de muchas formas, pues afecta en lo más profundo del ser humano y cada uno guarda en su seno un estilo propio e irrepetible es decir el inconciente vital se encuentra "alterado" y no se expresa de manera sana y natural.

Para que se produzca un avance significativo en el tratamiento de la depresión debe haber distintas intervenciones que actúen en el proceso terapéutico.

La definición académica sitúa esta enfermedad como ***el síndrome caracterizado por una tristeza profunda y la inhibición de casi todas las funciones psíquicas, emocionales y corporales, que dan lugar a cinco series de síntomas: físicos, psicológicos, de conducta, cognitivos (intelectuales), asertivos y sociales.*** Esta enfermedad deja sin energía, sin ganas de hacer nada. Su sintomatología es variadísima y se sale del campo de la psiquiatría para entrar, con mucha frecuencia, en otros terrenos médicos. Sin embargo, la depresión es algo más, es la enfermedad del espíritu, reflejada en el cuerpo, cuyas características se manifiestan tanto en la personalidad como en los trastornos que sufre cada paciente.

Debemos tener en cuenta que las depresiones han existido siempre, pero hoy conocemos mejor sus mecanismos de funcionamiento y también la manera de tratarlas. Como hemos mejorado los procedimientos médicos y disponemos de mayor información al respecto, también se diagnostica este trastorno con

mayor frecuencia, pero esto no quiere decir que las depresiones sean un mal exclusivo de nuestra moderna forma de vivir. Las depresiones además evolucionan con el correr de los tiempos. La verdadera depresión es un estado de hundimiento tan terrible que cualitativa y cuantitativamente es mucho mayor que cualquier decaimiento producido por los avatares de la vida. El sufrimiento de la depresión puede llegar a ser tan profundo que sólo se ve como salida de ese túnel el suicidio. Se puede ofrecer una definición general: las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas, hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico (vivencial), conductual, cognitivo y asertivos. Lo que está claro es que se trata de un trastorno que produce un gran dolor moral, una mezcla de infelicidad y tristeza combinada con una total ausencia de motivaciones para vivir.

¿Por qué aparecen las depresiones?

La sociedad desarrollada moderna, con sus prisas y exigencias, parece haber fomentado cierta proliferación de las depresiones. Al menos así se desprende de las estadísticas y la experiencia clínica, ya que los trastornos depresivos, junto a las alteraciones de la personalidad, se han convertido en entidades clínicas más frecuentes. Por otra parte se ha podido comprobar que la forma de las depresiones ha evolucionado y que a menudo interactúan con otros problemas de tipo nervioso o físico. Uno de los rasgos más notables en esta evolución es la tendencia a volverse crónicas ¿Cuál es la razón? Sin duda una combinación de factores entre los cuales podemos destacar la ruptura del tejido social tradicional.

A continuación presentaré tipos de depresión según su origen:

- Personalidad predepresiva
- Personalidad depresiva
- Depresiones exógenas(reacciones depresivas y reacciones adaptativas)
- Depresiones endógenas(inmotivadas)
- Depresiones asociadas a otro trastorno(cormobilidad)
- Distimia depresiva(trastorno distímico)
- Depresión monopolar
- Depresión bipolar
- Depresiones crónicas
- Depresiones obsesivas
- Alexitimia

No obstante, en la génesis de la depresión debemos valorar en primer lugar la influencia de dos factores básicos: la tristeza y la inhibición.

Con mucha frecuencia no está claro si el origen de algunas depresiones se encuentra primero en la tristeza, una congoja del ánimo, o una mera inhibición, la sensación íntima de no tener ganas de hacer nada, de estar como bloqueado ralentizado. Cada autor manifiesta una opinión al respecto, aunque en la práctica clínica parece haber quedado demostrado que se trata de dos independientes, si bien coordinados, ya que la inhibición suele ser fruto de la tristeza previa. Como veremos en seguida, la tristeza (y la preocupación) es un sentimiento esencialmente reactivo; la inhibición adopta formas diferentes, es un componente que se asocia a diferentes trastornos nerviosos entre ellos las depresiones.

En general, la inhibición se manifiesta en depresiones ya avanzadas, cuando el paciente se siente incapaz de hacer nada ni de emprender ningún proyecto, es como una lucha entre querer y no poder la capacidad de acción está ahí pero resulta inoperante,

simplemente carece de intencionalidad para actuar, como si hubiese una ruptura entre el yo y el mundo exterior.

Esta separación entre el sujeto y el objeto se produce como resultado de la inmersión del depresivo en su propio mundo de negatividad. No se siente capaz de compartir la vida con los demás, ni de emprender acciones y/o proyectos.

El síntoma de la **inhibición**, sinónimo de estar bloqueado o ralentizado, se divide aquí en 4 variedades:

Bradipsiquia: pérdida del ritmo habitual de vida, todo va más lento, las cosas son más pesadas, dificultad para expresarse para tener ideas, para comunicarse, para recordar lo que se acaba de hacer, mutismo o solo se habla para lamentarse, llanto, inmersión en un mundo interior oscuro.

Inhibición psicomotriz: es la inhibición en sentido estricto. La atención y la capacidad de estímulo respuesta se reducen de forma notable falta expresividad y se cae en la inacción, bloqueo, paralización, estar como parado.

Apatía: constituye en estado intenso de indiferencia, las relaciones se descuidan, así como el arreglo personal y el aseo, la afectividad está *sin vibración*.

Despersonalización: La persona siente que no es la misma de antes, esto no es un rasgo exclusivo de la depresión, ya que se encuentra en muchos otros trastornos psíquicos pero puede ser un buen indicativo algunos pacientes se extrañan de ver su rostro en el espejo, cuando llega a un punto extremo el paciente puede sentirse desligado de la realidad.

En definitiva "La Vida" es movimiento por lo que la inhibición asociada a la depresión constituye todo lo contrario: un freno, es el triunfo de la "pasividad" así en un estado depresivo profundo al perder contacto con la realidad puede asociarse a otros trastornos psicológicos.

Síntomas más Comunes de la Depresión:

- Físicos: cansancio físico, agotamiento, molestias digestivas, taquicardia, sudoración excesiva, falta de fuerzas, dificultades respiratorias.
- Psíquicos: tristeza, ansiedad, apatía, miedo infundado, crisis de pánico, insomnio, desánimo, hipocondría, fobias, manías, alteración de la personalidad, irritabilidad, hostilidad.

Otro dato importante es el que la incidencia de la depresión en la mujer es más del doble que en el hombre.

Es una forma de ser pesimista la personalidad depresiva, centrada en una visión pesimista de si misma y del entorno, con una tendencia de sentir *displacer* ante cualquier acontecimiento de la vida y cuyo ánimo está habitado generalmente por una mezcla de pesimismo, tristeza, aburrimiento y apatía.

Existen síntomas muy frecuentes de la *conducta de la personalidad depresiva* que son:

Anhedonia: dificultad grave o incapacidad para sentir y buscar placer; es la consecuencia de la visión escéptica de la vida, el derrotismo y la actitud seria ante la existencia, cansancio exagerado, incluso anterior a cualquier esfuerzo.

Neurasténicos: Evitan abrirse a otras personas, no buscan recompensas ya que existe un déficit intrínseco por falta de esperanza y valoran muy poco las propias posibilidades.

Hipersensibilidad psicológica: Sufren por todo en demasía y es fácil que se sientan heridos por los demás, cualquier fallo se vive en forma terrible, dramática y hacia el interior desde pequeños tienen serias dificultades para relacionarse.

Patrón para el Diagnóstico de Personalidad Depresiva

A.- Patrón permanente de comportamientos y funciones cognoscitivos- depresivos que se inicia al principio de la edad adulta y se refleja en una amplia variedad de contextos. Se caracteriza por cinco (o más) de los siguientes síntomas:

1.- El estado de ánimo habitual está presidido por sentimientos de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad.

2.- La concepción que el sujeto tiene de sí mismo se centra principalmente en sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima.

3.- Se critica, se acusa o se autodescalifica.

4.- Cavila y tiende a sentirse culpable o arrepentido

5.- Se preocupa por todo

6.- Se muestra pesimista

A continuación tocaremos uno de los tipos de depresión, que además puede ser una característica de una personalidad socialmente aceptada y considerada "sana" por la sociedad, abordada también por Rolando Toro (creador del Sistema Biodanza) en uno de sus módulos el de "Afectividad" Pág. 13- 14 como Emociones Confusionales; El término Alexitimia cobija en su seno una patología que se da en mas de un 90 por ciento en hombres que en mujeres, pero que en este grupo de pacientes de género femenino y con depresión severa es frecuente además que se agregue al cuadro psicopatológico; Pero ¿Está la alexitimia cerca del mundo de la depresión? No podemos dar una respuesta radical lo que sí está claro es que está próxima a la personalidad esquizoide y en menor medida a la personalidad depresiva, cabalga

entre ellas aunque tiene acentos propios que le dan un perfil claro. No obstante, lo que sí es evidente es que algunos pacientes alexitímicos pueden desarrollar una depresión condicionada por este estilo de relacionarse consigo mismos y con los demás, lo que sí está claro que está más próxima a la personalidad esquizoide que a la personalidad depresiva, **pero además es demasiado frecuente que la depresión no se dé en el alexitímico, sino en la mujer de él**, lo que habla a las claras de la enorme repercusión de vivir a lado de una persona así; quiero hacer un alto acá porque en el grupo de mujeres con las que se trabajó con el sistema de Biodanza, al escuchar sus relatos puedo confirmar que la mayoría vivía con un marido o pareja con estas características.

Procede de la partícula a-: carencia; lexos-: lenguaje o expresión; y timia-: relativo a la afectividad.

La definición la extraemos de su origen etimológico: alexitimia es la incapacidad o grave dificultad para expresar sentimientos. Fue acuñado por Sifneos en 1972.

"La alexitimia consiste en un déficit afectivo profundo que consiste en la dificultad para expresar sentimientos y emociones, pobreza imaginativa, lenguaje verbal y no verbal vacío de contenidos afectivos y personales, así como en la dificultad para identificar sentimientos propios y ajenos "

A continuación nos detendremos a explorar un poco más estos cuatro apartados:

1.- Déficit afectivo profundo: quiere esto decir que hablamos de una carencia, de un estado de pobreza afectiva que se refiere concretamente a un área de la psicología, como es la expresión hacia fuera de lo que uno siente, percibe, capta y transita por el interior de nuestras fibras más íntimas, el arsenal afectivo existe pero no se asoman hacia fuera, **como diríamos en Biodanza el potencial génico afectivo no es expresado.**

2.- Dificultad grave para expresar sentimientos y emociones en el lenguaje verbal y no verbal: las palabras y los gestos son muy escasos y recortados hay una sobriedad extrema en las maneras extremas de la conducta. En tal sentido, la alexitimia es hoy una etiqueta polivalente que acoge a una personalidad glacial, seca inexpresiva, estirada, que muestra un hablar con mínimos componentes emocionales. La comunicación es rígida, con una mímica pobre y escasa, siendo muy parco en los movimientos corporales. Hay dificultad para todo lo que sea verbalizar emociones, viviendo los sentimientos sin diferenciarlos unos de otros, como si el mundo de los matices no existiera, siendo casi imposible describir estados afectivos por la pobreza de su auto observación y su discurso. Taylor (1984) los llamó *sujetos robots*, Como si tuvieran un comportamiento mecanizado. Parecen muy "normales" desde afuera, pero solo cuando se les conoce de cerca y a fondo, muestran su auténtica cara: **mínimo contacto afectivo**.

3.- Pobreza Imaginativa: la imaginación, es un componente que enriquece la personalidad. Hay una que es sana y otra patológica. Entre ambas existe un abanico de posibilidades imaginativas que van desde la creatividad hasta la huida de la realidad. Aquí no se ha cultivado y por lo tanto es prácticamente inexistente. Pensamiento ausente de fantasías, simbolismos. Discurso minucioso, detallista impersonal.

4.- El discurso está vacío de alusiones personales y afectivas: son personas que hablan en tercera persona y rara vez hablan de sí mismos o hacen alusiones a temas privados o de afecto (1), como si todo ese territorio estuviera fuera de sus circuitos psicológicos. La falta de **colorido afectivo** conduce a una monotonía atroz que va desembocando en una atmósfera psicológica despersonalizada, que llama la atención y que recuerda a lo que sería una especie de relaciones notariales.

Alexitimia

Según Rolando Toro, creador del Sistema Biodanza, la **Alexitimia** la define como sigue: Es la incapacidad para distinguir un afecto de otro, esto genera un estado confusional que induce a la acción por la acción o a comportamientos adictivos, como el alcoholismo u otras drogas. Periodos de confusión emocional son frecuentes en personas normales dentro de un mundo con escasas opciones afectivas o creativas. Cuando faltan motivaciones auténticas para vivir, los circuitos afectivos se mezclan e interfieren, surgiendo así la tendencia de oscurecer y alejar de la conciencia momentos de frustración, impotencia o experiencias psíquicas intolerables. Esta situación crea opacidad de ánimo, depresión y enfermedades psicósomáticas. Queda claro entonces aquí la relación directa entre Alexitimia y Depresión; una forma eficaz para enfrentar la alexitimia es el cultivo sistemático de *Biodanza*.

Las vivencias tienen una vía de descarga placentera. Orientando la acción hacia la auto expresión y el encuentro afectivo. Las experiencias psíquicas intolerables se transforman en experiencias estéticas, éticas, eróticas y/o trascendentes, surgiendo así nuevas motivaciones emocionales.

(1) A esto se le ha llamado pensamiento operativo, es decir, práctico al máximo, atento solo a los hechos, desprovisto de cualquier aditamento afectivo. El mismo Sifneos lo tipifica de este modo. Comente lo laborioso que es intentar diseñar una psicoterapia adecuada que vaya corrigiendo esta carencia. En este pensamiento operativo faltan la imaginación, la fantasía y la riqueza de sentimientos que forman una geografía especialmente diversa. Yo les puedo llamar a estos sujetos *analfabetos sentimentales*.

Como Actúa La Biodanza

El aporte de la Biodanza, sistema creado por Rolando Toro Araneda, es significativo en el ámbito de la psiquiatría porque está enfocada a un desarrollo integral, a una revalorización y desenvolvimiento de los potenciales humanos que defienden y protegen la vida. Entendiendo que en el paciente con cuadro depresivo todas las funciones vitales bajan, disminuyen o simplemente se anulan no permitiendo la sana y natural expresión de estos "potenciales humanos".

Con su particular e irrepetible expresión génica, su forma de ser en el mundo con su cambiante homeostasis, psiquismo celular (inconciente vital) su propia regulación del SIALH: Sistema Inmunológico Adaptativo Límbico Hipotalámico, sus funciones ergotrópicas y trofotrópicas factores que determinan los procesos de renovación orgánica, factores que pueden expresarse o inhibirse según los cofactores y ecofactores de la expresión génica.

El hecho de que la estructura genética pueda expresarse por medio de los ecofactores y cofactores justifica la esperanza de la psicoterapia y de acciones educativas profilácticas.

Biodanza genera mediante los ejercicios y danzas campos específicos muy conectados para estimular estos potenciales génicos.

Una sesión de Biodanza es un bombardeo de ecofactores positivos por lo tanto de cofactores sobre la función de SIALH.

La integración adaptativa es un proceso en que los potenciales genéticos altamente diferenciados se expresan y se organizan en sistemas cada vez más complejos creando una red de interacciones que potencian la **identidad** influyendo así sobre el comportamiento y en la percepción del mundo.

El redescubrimiento de la identidad solo es posible a través de la **Vivencia**. Rolando Toro la define en su módulo de "Identidad" como.-El único y sus atributos.- lo que cada persona "es" esencialmente frente a cualquier otro sistema de realidad.

En efecto, la investigación clínica ha demostrado la estrecha relación entre percepción corporal y percepción de sí mismo. En trabajos anteriores, he revisado las alteraciones de la percepción corporal de distintos cuadros clínicos, donde el proceso de identidad está gravemente alterado.

Una identidad normal tiene una percepción corporal y de los objetos coherente y mantiene su unidad.

En las personas que sufren depresión, la identidad está profundamente dañada, ya que no logra verse, percibirse a sí misma como un ser integral capaz de valerse por sí mismo y sentir el cuerpo como fuente de placer y no sólo de dolor, con una autoestima socavada, difícilmente la identidad se mantendrá sana.

Desde el punto de vista del yo; Freud (1950) b, p.15; describe el yo (ego) del modo siguiente, en todo individuo existe una organización coherente de los procesos mentales a la que denominamos el "yo". Este **yo** incluye la conciencia y el control de los accesos a la motilidad, es decir a la descarga de excitaciones en el mundo exterior.

Podríamos hipotetizar que en este grupo de personas con depresión severa y con trauma infantil, se trata de un Yo dañado cuya consecuencia se refleja en un debilitamiento y/o inhibición que se traduce en una disminución o rigidez del movimiento del cuerpo, o un sensación corporal anestesiada o entumecida, temor a sentir. Dados los testimonios de estas pacientes se puede decir que han padecido de una falta de seguridad en su infancia y lo que necesitan, no es solamente terapia psicológica y/o psiquiátrica, si

no la oportunidad y los medios de **obtener una seguridad he incorporarla al presente.**

Las sensaciones y sentimientos se pueden expresar y se hacen concientes sólo cuando se produce el movimiento corporal.

Una de las quejas habituales de ellas es la ausencia de sentimientos de si mismas, revelando esta falta de vigor en la acción y en la expresión.

Es esencial así la intervención de la línea de la Vitalidad en Biodanza, cuyo funcionamiento explicaré mas adelante.

Su mundo está cargado de un asunto sombrío, sin esperanza, del punto de vista de la agresión, tienen una autoagresión al grado extremo del intento de suicidio; todo movimiento espacial se puede equiparar a una cierta cuota de agresión (etimológicamente **agredir** significa **salir, poner en movimiento**) así esta inmovilidad se debe a esta falta de agresión que se transforma en autoagresión, o sea esta en vez de salir se devuelve a sí mismas, no se dan cuenta de la conexión de su inmovilidad y sus problemas somáticos, tienen una limitación en la agresión y en el movimiento. (Esto del punto de vista clínico, según la opinión de un psicólogo).

Además porque tienen un sentimiento interno de privación, de mucha carencia de afecto, con sentimientos destacados en la infancia como: decepción, soledad, rechazo, humillación, además de resentimiento y hostilidad, provocando esto a nivel profundo una gran dificultad de percibir el placer (deseo) y la Biodanza como explica Rolando Toro puede aportar y ayudar a la restauración de esta capacidad de percibir y sentir placer y deseo. Tienen a menudo también la sensación de una incapacidad de valerse por sí mismas y la constante necesidad de seguridad y de apoyo, del punto de vista de la expresión somática son personas que se quejan constantemente de jaquecas, por lo que los segmentarios por la apropiada canalización y movilidad de la energía puede ayudar en

ello, especialmente el segmentario de cuello, como también todos los ejercicios de trance no tan profundo.

Acá se ve la importancia de la intervención de la Línea de la Afectividad en Biodanza para tratar estos síntomas recién descritos.

Siempre reforzando las demás líneas de vivencia (Creatividad, Sexualidad y Trascendencia, pero de modo menos profundo y con sutileza, específicamente con este grupo puntual con el que se trabajó), ya que la integración de las cinco líneas refuerza la Vitalidad porque elevan globalmente las motivaciones para vivir asunto básico para el tratamiento de grupos de personas con depresión como para cualquier grupo humano.

Como actúa la Línea de la Vitalidad del Sistema Biodanza en el Tratamiento de personas con Depresión:

Rolando Toro en su módulo de "Vitalidad" la define desde el punto de vista existencial como: Tener fuertes motivaciones para vivir y poseer energía disponible para la acción (ímpetu vital).

Sentimientos de alegría interior, entusiasmo y plenitud existencial son características de una persona vital. La vitalidad está vinculada al humor endógeno (estados de ánimo eufórico o depresivo).

La cualidad de la vida y la calidad de vida no proviene del éxito social y económico, sino de los vínculos profundos de conexión con la vida; así como el amor a la naturaleza, los juegos y el vínculo con los propios instintos son características del "hombre ecológico": ser humano integrado a sí mismo, a las personas y al universo.

Esto se traduce en una profunda conexión con la vida, las personas normalmente pueden establecer una conexión altamente precisa con todas las manifestaciones de vida que les rodean, sin embargo, muchas personas han perdido, por un lento proceso de degradación instintiva: la capacidad de conexión con la vida, esta conexión se encuentra hoy especialmente atrofiada, así las personas con depresión se encuentran dentro de este proceso de degradación y podría postularse que la enfermedad es la incapacidad de establecer feed-back con todo aquello que está vivo en el ambiente desenvolviéndonos en "una vacía y muerta relación mecánica".

La acción de Biodanza agrega Rolando T. tiene como principal objetivo despertar esta ancestral conexión con la vida: consigo mismo, con el semejante y con las fuerzas vivas del universo (Integración).

1.- Índices de vitalidad significativos:

Para indicar una correlación con "vitalidad" Rolando T. ha seleccionado algunos índices de vitalidad significativos:

- Capacidad de esfuerzo
- Vitalidad del movimiento
- Estabilidad neurovegetativa
- Potencia de los instintos
- Estado nutricional

La capacidad de esfuerzo:

Está relacionada con la potencia desarrollada durante el esfuerzo y con la resistencia a la fatiga se mide mediante el test cicloergométrico.

La vitalidad del movimiento:

Puede ser evaluada y registrada mediante la observación directa durante una sesión de Biodanza, en ejercicios que se desarrollaron en las clases con el grupo de pacientes con depresión y que Rolando T. especifica en su módulo de Vitalidad y son los siguientes:

Característica del movimiento y los ejercicios a realizar:

- Tonus: Ejercicios de Eutonía
- Acometividad: Danza Yang
- Elasticidad: Elasticidad Integrativa
- Velocidad de Reflejos: Danza rítmica de agilidad
Danza con desplazamiento
- Potencia: Danza Yang

La estabilidad neurovegetativa:

El Sistema Nervioso Neurovegetativo está formado por dos subsistemas que son responsables de de esta estabilidad, el Sistema Simpático (adrenérgico) con la actividad ergotrópica y el Sistema Parasimpático (colinérgico) con la actividad trofotrópica.

Los ejercicios de Biodanza influyen en la actividad de cada subsistema, el Sistema Nervioso Neuro-Vegetativo regula el funcionamiento de los órganos ya sea estimulándolos o inhibiéndolos y *la estabilidad y flexibilidad de los mecanismos neurovegetativos constituye un índice importante de salud y vitalidad.*

La potencia de los instintos:

Pueden ser elevados mediante ejercicios específicos que propone el sistema Biodanza:

Instintos:

- 1.-Alimentario (hambre-sed)
- 2.-Maternal y Altruista
- 3.-Sexual
- 4.-Seducción (exhibición)
- 5.-Guarida (nido)
- 6.-Migratorio
- 7.-Lucha-Fuga
- 8.-Exploratorio

- 9.-Gregario
- 10.-Equilibrio, paz, reparación

Ejercicios:

- Ceremonia de los frutos
- Regresión a Estado de Infancia
- Acariciamiento
- Encuentro
- Nido Grupal
- Abriendo el Espacio
- Oposición
- Percepción con los 5 sentidos
(búsqueda de estímulos nuevos)
- Grupo compacto
- Trance de suspensión
(ejercicios de trance)

El estado nutricional:

Presenta signos de desnutrición que pueden ser detectados por observación directa o mediante exámenes de laboratorio tales como:

Delgadez excesiva, fatiga inmotivada, actitud asténica, signos de avitaminosis, anemias de origen nutritivo, la obesidad también es un trastorno alimentario grave que puede ir acompañada por estados de ansiedad y depresión notables.

La regulación del apetito y el estímulo de la selectividad instintiva de los alimentos son decisivos en Biodanza.

La anorexia y la bulimia son trastornos psicóticos relacionados con la alimentación, por otra parte algunos regímenes alimenticios alternativos como la macrobiótica pueden causar daños irreversibles.

Otro aspecto que la Biodanza toma en cuenta como índice de vitalidad es la actividad coronaria y la presión arterial, los ejercicios de Biodanza como lo plantea R. Toro activan la primera y regularizan la segunda, esto por el "Continente Afectivo" que provoca cambios en el estilo de vida, la expresión de las emociones (en especial la hostilidad), la regulación de las necesidades sexuales y una profunda armonía.

2.- La Respiración y sus Perturbaciones:

Están vinculadas profundamente con el mundo de las emociones, es así que existe un respirar depresivo y otro optimista, estudios de la respiración de ciertas enfermedades psiquiátricas como por Ej. La de los esquizofrénicos muestra una profunda perturbación de la autorregulación respiratoria, la respiración del ansioso es entrecortada y anhelante.

Es así que en personas enfermas, deprimidas, tensas, ansiosas, oprimidas, esta función está gravemente alterada con trastornos del ritmo y la amplitud de la respiración (disnea, hiperpnea, amena) en la depresión se presentan además signos como la ansiedad que paraliza la musculatura torácica en un espacio rígido, sin elasticidad, tornándose jadeante y de oxigenación disminuida y la

angustia que crea la vivencia de asfixia. La oxigenación normal plantea R. Toro es esencial para mantener la vida. La regulación respiratoria está a cargo de centros automáticos localizados en el bulbo y también la participación de fibras en la corteza voluntaria y fibras simpáticas y parasimpáticas, esto permite que pueda intervenir el proceso respiratorio mediante la voluntad o bajo el efecto de ciertas vivencias.

Rolando Toro agrega que ciertas técnicas corporales que proponen ciertos métodos respiratorios se basan en una concepción mecánica de la respiración sin considerar en absoluto la respiración celular y pueden traer consecuencias tóxicas de suma gravedad.

La energetización que producen los ejercicios respiratorios armónicos, devuelve la vitalidad, el peso y le valor cenestésico a los órganos que durante mucho tiempo han permanecido mal oxigenados, **proceso altamente alterados en pacientes con depresión severa**, esta reeducación respiratoria crea una actividad nueva de apertura frente al mundo y un sentimiento de gozo y libertad, aludiendo además a la liberación de opresivos sentimientos de dependencia.

R. Toro propone a través de la Biodanza rehabilitar la función respiratoria natural suprimiendo las rigideces que hacen de la caja torácica un depósito estático, sensibilizarse a la percepción del propio cuerpo frente a estados de fatiga, de modo de no llegar a situaciones tóxicas, desarrollando así una nueva sensibilidad respiratoria impulsando a buscar un medio ecológico saludable. Establece así una correlación entre los sentimientos de opresión existencial y el déficit respiratorio, el proceso de liberación interior, por otra parte, va acompañado de un fortalecimiento de la columna vertebral y de la musculatura de la caja torácica, elevando los procesos oxidativos del sistema nervioso.

Para contribuir con la rehabilitación respiratoria se propone varias veces los ejercicios de Respiración Danzante y Respiración abdominal dentro del programa a realizar con este grupo en especial y puede hacerse con cualquier grupo de Biodanza con el

cual se está trabajando. Respirar dentro el sentido existencial es un acto musical, respirar toda la esencia del universo, un acto místico de concentración de vida.

La autorregulación de la temperatura es un índice importante en la revelación de la vitalidad en el ser humano

Diversos trastornos psíquicos tienen como uno de sus síntomas, alteraciones de la temperatura corporal. Como por ejemplo manos y pies helados acompañan a estados de represión crónica.

Durante los ejercicios de Biodanza cambia notablemente la temperatura corporal, esta temperatura puede tener dos direcciones básicas: hacia fuera o hacia adentro, según el predominio del sistema simpático o parasimpático respectivamente.

3.- La Temperatura:

Es otro aspecto del sistema corporal que se ve alterada en su funcionamiento natural en las personas con Depresión Crónica y la Biodanza ayuda a esta necesaria termorregulación. Las Danzas Yang, por ejemplo, estimulan el s. simpático y la sangre fluye hacia la musculatura, en los ejercicios de relajación en movimiento se estimula el s. parasimpático y la sangre fluye hacia las vísceras, durante el trance musical hay una oscilación de la temperatura corporal y son activados los centro termorreguladores del cerebro. El entrenamiento sistémico en Biodanza establece una apropiada regulación de la temperatura corporal en el sentido de sea una respuesta frente al contacto humano y que la función poiquilotérmica (regulación térmica orgánica frente a los cambios de temperatura ambiental) cumpla perfectamente su trabajo de compensación, así esta persona que ha logrado una buena termorregulación no necesita recurrir siempre a la estufa y al aire acondicionado, la vivencia de calor corporal se experimenta como radiación desde dentro hacia fuera.

4.- Respuesta Inmunológica:

Por otra parte, los estados depresivos pueden inducir una inmunosupresión, ya que esta disminuye notablemente la sana activación de los efectos colinérgicos-parasimpáticos que estimulan el sistema inmunológico y el estado de este influye sobre las células nerviosas vía mensajes químicos, se comprueba así la existencia de vías de comunicación entre el sistema nervioso y el sistema inmunológico, este sistema inmunológico está influenciado por el sistema neurovegetativo, vía eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. El sistema noradrenérgico influye en la inhibición del sistema inmunológico.

Así los circuitos en feed-back entre el sistema inmunológico y el sistema nervioso revelan un complejo y sutil mecanismo de integración funcional. Se puede suponer que la armonización del sistema límbico-hipotalámico y el fortalecimiento de las respuestas al estrés mediante la integración realizada.

Las clases de Biodanza tienen influencia benéfica sobre el sistema inmunológico, lo que ayudaría enormemente a esta inmunosupresión provocada en los cuadros depresivos severos.

El Sistema Neuro-Endocrino-Inmunitario:

Existe una perfecta relación orgánica entre sistema nervioso, las glándulas endocrinas y sistema inmunitario. El sistema neuro-endocrino- inmunitario (N.E.I.) constituye un modelo reciente de interpretación de la unidad funcional del organismo. Los tres sistemas que antiguamente se estudiaban por separados, están estrechamente integrados y son interdependientes.

El sistema nervioso central abarca funciones de relación con el mundo externo, el sistema nervioso neurovegetativo regula la actividad visceral.

La relación entre sistema nervioso y sistema endocrino es conocida desde hace tiempo a través de la conexión hipotálamo-hipófisis. Se ignoraba, no obstante la relación entre sistema neuroendocrino e inmunitario; actualmente se sabe que esta relación se realiza a través de neuropéptidos (endorfinas, encefálicas, somatostatina, prolactina, hormona del crecimiento). El sistema inmunológico es estimulado o inhibido por las hormonas.

El estado de estrés, al estimular el ACTH y los corticoides, debilita el sistema inmunológico, a su vez el s. inmunológico interfiere en el sistema nervioso a través de la citosina producto de sus células actuando sobre el hipotálamo, el hipotálamo influye sobre el sistema psíquico a través del sistema noradrenérgico y serotoninérgico. Pág. 12 del módulo de "Vitalidad" de Rolando Toro Araneda.

Es indispensable comprender que el ámbito de la vitalidad se extiende más allá de los índices clínicos hacia lo que podíamos llamar "vitalidad existencial" es posible encontrar personas en quienes los índices clínicos están con sus valores óptimos y que sin embargo padecen de serios conflictos emocionales, dificultad de comunicación, ausencia de visión global de la existencia, etc.

Como actúa la Línea de la Afectividad del Sistema Biodanza en el tratamiento de Personas con depresión Severa

Rolando Toro en su módulo de "Afectividad" la define como un estado afinidad profunda hacia los otros seres, capaz de originar sentimientos de amor, amistad, altruismo, maternidad, paternidad y compañerismo. Sin embargo, sentimientos opuestos, ira, celos, envidia, inseguridad, pueden considerarse componentes del complejo fenómeno de la afectividad.

A través de la afectividad nos identificamos con las otras personas y somos capaces de comprenderlas, amarlas y protegerlas; pero también podemos rechazarlas y agredirlas. (Según Ortega y Gasset) la afectividad abarca cualquiera de las pasiones del ánimo, en especial el amor el cariño y el odio.

La Afectividad puede tener dos dimensiones: **amor diferenciado**.- dirigido a una sola persona y **amor indiferenciado**.- dirigido a la humanidad. La afectividad es compleja con duración en el tiempo (recuerdos) participación de la conciencia y representación simbólica.

En Biodanza la afectividad tiene su expresión privilegiada en el Amor; las formas patológicas de la afectividad se expresan en destructividad, discriminación social, racismo, injusticia e impulsos autodestructivos.

La afectividad es expresión de la identidad, esta concepción es la base teórica de nuestra concepción de afectividad. Una identidad débil es incapaz de amar, tiene miedo a la diversidad y es defensiva.

Estas conductas: el miedo a sentir, al contacto a los demás a lo diferente y una actitud defensiva y desconfiada son típicas expresiones de personas que sufren depresión y cuya identidad está bastante debilitada, Biodanza les ofrece así la posibilidad de una evolución comportamental.

La afectividad es un estado evolutivo superior, que no va necesariamente unido a la sensibilidad ni a la inteligencia. El sentimiento de amor a la humanidad, expresado en acciones, está ligado al proceso evolutivo de la especie: personas inteligentes y sensibles pero sin capacidad de amar, pueden alcanzar niveles inconcebibles de violencia.

Emociones y Sentimientos:

La afectividad tiene componentes como las emociones y los sentimientos. Estando los instintos inmediatamente vinculados a la vivencia y la vivencia a la emoción, diferenciándose esta del sentimiento por:

Las Emociones, son momentáneas, responden a circunstancias especiales e impulsan a la acción (e-motion en inglés),

Los sentimientos, poseen duración en el tiempo, elementos de conciencia y componentes simbólicos.

Las emociones son componentes cualitativos de la afectividad Ej: alegría tristeza, miedo etc. casi siempre se dan combinadas y alcanzan una gran complejidad.

Reprogresión:

Biodanza utiliza también la capacidad del organismo de renovarse mediante los actos de regresión y progresión en una especie de resonancia permanente con lo originario, Rolando explica (Afectividad Pág. 6) que todo paso a una estructura más integrada, compleja y autónoma requiere de una regresión previa "regresión regenerativa" es decir reprogresión. Estos actos se vivencian en

Biodanza a través de ejercicios, ceremonias, danzas y música dentro de útero de amor comunitario en donde la participante siente que la seca e insensible rigidez de los espacios del cuerpo se expanden plenos de aquella vibración en dulce y confiado abandono, además que este proceso de reprogresión las protege de enfermedades, estas vivencias están todas dentro de la que llamamos Línea de la Afectividad, por lo que creo esencial el trabajo fuerte de esta línea para el tratamiento de la depresión con el S. Biodanza.

Aspectos Biológicos de la Afectividad:

La Afectividad tiene también una génesis biológica, que se relaciona con el instinto de solidaridad intra-especie, impulsos altruistas y rituales de vínculo, teológicamente se define como el instinto de "manada", a nivel celular también se puede observar esto, agrega Rolando Toro, cuando se revela la existencia de verdaderas comunidades celulares que integran acciones bioquímicas de "cooperación celular", cuando los organismos lo requieren, las células son capaces de alterar su comportamiento bioquímico en beneficio de la comunidad celular, principios de afinidad y rechazo se integran en beneficio de la unidad biológica. Estos impulsos Biológicos de cooperación integración y solidaridad, culminan en el hombre con sentimientos altruistas y constituyen la génesis del amor. La Afectividad tiene una compleja representación neurológica córtico-diencefálica.

Componentes Estructurales de la Afectividad:

1.- Identidad:

La afectividad está profundamente enraizada en la identidad de cada individuo, trastornos de la autoestima impiden expresiones naturales de la afectividad, el individuo no consigue "identificarse" con el otro y su comportamiento es defensivo, intolerante o destructivo, el miedo a la diversidad, son componentes de una identidad alterada. La identidad compromete la unidad completa del organismo (funciones orgánicas, humor endógeno, percepción y sentido ético).

2.- Nivel de Conciencia:

Es la percepción de lo esencial, permitiendo al individuo vincularse con todo lo que está vivo, si se tiene un bajo nivel de conciencia las personas no logran una visión de la totalidad y viven girando en torno a conflictos miserables.

3.- Nivel de Comunicación:

Hay formas de comunicación semántica cuyo objetivo es transmitir informaciones sobre hechos cotidianos, pero hay un nivel de comunicación sutil que es acompañada de un tono de sinceridad, un lenguaje de comprensión íntima de tácito acuerdo y que habla al alma más que al intelecto en ese nivel de comunicación las personas se sienten vivas, en tanto en la patología de la comunicación gestual la característica es la dificultad expresiva de gestos y ademanes que dificultan la aproximación, así como la disociación de la comunicación verbal se caracteriza por la falta de sinceridad, (mitomanía). La desorganización del lenguaje es un síntoma de las psicosis, fuga de ideas, disgregación del pensamiento, ruptura del sentido de la oración y desintegración de frases y palabras (formas menos graves son la ironía cruel y la coprolalia: hablar con garabatos).

Descalificación: es la patología de la convivencia, es un vicio de la comunicación frecuentemente inconsciente, común, altamente tóxica y destructiva para las relaciones humanas.

4.- Ecofactores y antecedentes Biográficos:

En el contexto social los ecofactores pueden desencadenar respuestas agresivas en las masas humanas, las experiencias infantiles son determinantes de las tendencias afectivas adultas de amor y odio, la afectividad entonces está determinada por factores genéticos, fisiológicos, culturales y ambientales.

Las personas con depresión severa tienen muy desintegrada su afectividad, su identidad es muy débil no logran identificarse con otro, entonces el nivel de empatía es muy bajo, su nivel de conciencia es estrecho sin lograr ver más allá lo que la vida les puede brindar, el nivel de comunicación está inhibido, por lo tanto su expresión gestual, corporal y verbal es también limitada o muy limitada, suelen descalificarse y/o descalificar a otros y por supuesto el ambiente social- familiar en el que viven generalmente no es apropiado o directamente inapropiado para llevar una vida sana y feliz, a esto se le agrega su historia personal o antecedentes biográficos, que en este grupo de estudio en particular toma un papel protagonista, porque todas las asistentes tienen diagnóstico de trauma infantil ya sea de violencia o abuso físico y/o sexual.

Como explica Rolando Toro en el cuadro de la Patología de la Afectividad, se expresa en este grupo de manera muy clara, presenta la depresión una gran manifestación de la autodestructividad (falta de amor así mismo) , intolerancia frente a la diversidad (relaciones de dominio sumisión), egocentrismo e individuación (disociación), perturbaciones de la comunicación, dificultad de contacto (bloqueo de la expresividad), descalificación, Biodanza propone una serie de ejercicios para cada una de estas manifestaciones, así como para la sensación de **auto-opresión**.

El Sistema B. integra la afectividad tan severamente dañada en casos como estos, autorregulando las funciones del cuerpo que permiten el sentimiento de una vida plena y feliz, aumenta los índices de desenvolvimiento afectivo ampliando la Capacidad de:

- Identificarse empáticamente con las personas o sea sentir al otro como parte de sí.
- Experimentar ternura por el otro.
- Expresarse y comunicarse sinceramente.
- Dar y recibir afecto.
- Luchar por el bienestar del otro.
- Autodonación.
- Escuchar al otro.
- Valorizar y escuchar al otro.
- Vincularse con los miembros de la especie humana sin discriminación de raza u otras formas de diversidad.

Biodanza además propone y revaloriza como formas evolucionadas de afectividad: *El Abrazo, Los Encuentros en Reciprocidad, La Amistad* (en profundo respeto por lo que el amigo siente), existe entre sus ejercicios la Danza de la Amistad, que se propone como parte de la terapia, que ayuda a fortalecer este vínculo afectivo.

La Biodanza refuerza la integración a través de la música, la danza y la afectividad, con formas de percepción como la estética (sensibilidad cenestésica) y ética (conciencia ampliada), ambas vivencias de amor que inducen **La Evolución de la Vida hacia la Plenitud.**

Como actúa la Línea de la Creatividad del Sistema Biodanza en el Tratamiento de Personas con Depresión

La creatividad como la define Rolando T. en el módulo del mismo nombre, es una actividad que forma parte integrante de la transformación biocósmica, es un camino del caos al orden, manifestándose en el ser humano como un impulso de innovación frente a la realidad, esta actividad organiza un lenguaje único a partir de la vivencia. La obra de creación es siempre el expresivo resultado del acto de vivir.

El fenómeno creativo no está en el espíritu sino en la existencia, de la grandeza de nuestra vida.

En enfermedades como la depresión se observa claramente una represión de la creatividad, más aún en este grupo en específico a la que se le agrega el trauma infantil, la represión de los impulsos creativos tiene consecuencias gravísimas para el individuo y la sociedad, esta obstrucción añade Rolando T. provoca los siguientes efectos:

Disociación afectivo-práctica: impedimento para realizar lo que siente

Mecanización: el individuo se mueve a partir de patrones impuestos y repite secuencias de movimientos sin sentido ajenos a su vida.

Descompensación y pérdida de homeostasis: se quiebra el flujo organizador del sistema viviente quebrándose la conexión en feedback con el mundo, Toro afirma acá que la **Neurosis Depresiva** posee como componente etiológico, la obstrucción espontánea de los impulsos creadores. (Etiología: es estudio de las causas que motivan las enfermedades)

Despersonalización: no hay una versión personal del acto creativo viéndose el individuo extraño frente a su obra, lo que se proyecta como una percepción despersonalizada de los otros.

Biodanza propone desarrollar la línea de la creatividad en cuatro etapas que menciona a continuación:

1.- Expresión primal: se expresan las primeras manifestaciones expresivas que fueron bloqueadas durante la infancia.

Con este grupo específico trabajé con algunos de los ejercicios propuestos: danza con saltos, variaciones rítmicas, extensión máxima.

2.- Integración Yin-Yang: se descubren las polaridades energéticas y se integran armónicamente las energías opuestas, en esta etapa trabajé: ejercicios y danzas de Fluidéz y danzas Yin- Yang.

3.- Comunicación expresiva: esta etapa se caracteriza por la comunicación a otras personas, esto queda manifestado claramente tanto en la expresión corporal de las participantes como en el Relato de Vivencia, en donde se observa claramente la dificultad o la facilidad de expresar las emociones sobre las vivencias en Biodanza. Aquí alcancé a trabajar sincronizaciones a dos, algunas P.G. del código I, movimientos expresivos de base.

4.- Elaboración Creativa: en esta etapa se llega a una auténtica y única expresión creativa, elaborando obras de arte. Esta etapa no fue alcanzada por falta de tiempo y la cantidad de clases que se hicieron.

Observaciones de Campo

De este total de 12 asistentes, viajaron a las clases de supervisión de práctica (En el Centro Eleusis) 5 de ellas, más la hija de Aurora: Lucrecia; Ana Leiton, Lucila Poblete, Aurora Pérez, María Isabel Pérez, Prosperina Moya; la segunda vez viajaron nuevamente las mismas participantes y se sumaron a la lista: Carmen Machuca, Lorena Lazo y Juana Garrido.

Las demás participantes no pudieron viajar pero asistían las clases regulares en la ciudad de Curicó.

En las primeras clases de Biodanza observé, una moderada resistencia a la conexión visual en la Ronda de Inicio, varias con serios problemas para llevar el ritmo, muchas de ellas miran el suelo constantemente, durante la marcha sinérgica se observa gran dificultad para entrar en el ritmo, excepto una de ellas, poca flexibilidad en los movimientos y una de ellas tenía la marcha robótica, durante la coordinación rítmica, también falta flexibilidad y conexión de miradas, sí había buena disposición y ánimo alegre en ejercicios como la danza rítmica, sincronización rítmica y juegos de vitalidad, en las danzas melódicas y en ejercicios como la respiración danzante les cuesta incorporar la melodía de la música y tomar conciencia de su cuerpo, las danzas tienen poca movilidad, en ejercicios como el abanico chino, encuentros sutiles, mostraban bastante capacidad de entrega y conexión, se mostraban muy emocionadas, las rondas de mecimiento eran un poco rígidas, en los segmentarios, se mostraban bastante rígidas y poco flexibles, sobre todo en el área de los hombros y el pecho, en las danzas finales se mostraban bastante relajadas y alegres, la ronda final aún tenía poca conexión de miradas.

A medida que iban avanzando en las clases, los cambios fueron notorios, los relatos de vivencia eran más vívidos e incluso provocando cambios en su vida cotidiana, las miradas se tornaron más dulces y seguras, ya no miraban el suelo, en el caminar el ritmo y la integración motora resaltaba a la vista, en danzas de a dos las

miradas estaban mucho más conectadas y se emocionaban con facilidad, con dos excepciones cuyos rostros estaban casi siempre impávidos y sin expresión, en algunas danzas faltaba aún más desplazamiento y algo más de flexibilidad en sus movimientos, en otras creció el ímpetu de las mismas, en ejercicios de contacto y caricias, lograron entrega dulce y confiada, los rostros lograron verse más expresivos y felices.

Como todo tratamiento la Biodanza necesita tiempo, sobre todo con participantes con depresión, lo que deduce que se obtendrían mejores y más duraderos resultados con más tiempo con el sistema, estas clases regulares duraron 20 sesiones aproximadamente, más las 8 sesiones de supervisión de práctica.

Otro dato importante es que muchas de ellas con la llegada de la primavera y las fiestas de fin de año generalmente presentan recaídas a sus ciclos depresivos, esto es bastante común, según estudios psicológicos sobre las depresiones, esto también se evidenció en el grupo con algunas de ellas. (Especialmente con los cambios de estación invierno y primavera hay un significativo aumento de suicidios a nivel mundial).

Algunos Relatos de Vivencia

Aurora Pérez:

.-Me sentí con más ganas de hacer cosas, más energética, me sentí bien con el resto de las personas y más conectada con los demás.

.-En los ejercicios de extensión me siento muy bien.

.- Me he sentido más vital y ya no siento pánico al dormir (miedo) siento que soy capaz de relajarme.

.- Lo pasé divino en el viaje y en las clases al Cajón del Maipo, recibí mucho que me hace emocionarme.

.- Tengo tanto que agradecer.

.- Me he sentido muy bien, he elevado mi autoestima y estar en Biodanza me ayudó mucho con una situación afuera (cotidianeidad) me he estoy dando el valor como mujer y no me desespero por pequeñeces, me di cuenta.

.- Cada vez me gustan más las clases y me dan esa vitalidad que necesito, me renuevo, me levanto más temprano, antes me daban las 12 en la cama y estaba tiesa.

Ana Leiton:

.- Me sentí muy bien con mis compañeras, sintonicé muy bien con una de mis compañeras en el ej. del abanico chino, dormí muy bien en la noche.

.- Me dolió un poco el cuerpo pero bien de ánimo, estoy haciendo más conciente mi respiración con la resp. Abdominal.

.- Me siento un poco tiesa y me da risa, he empezado a sentir más amor acá y a tratar con más amor a las otras personas.

.- Me siento liviana, además que he aprendido mucho, tomo los problemas más livianamente y siento el cariño del grupo.

.- Me acuerdo de la clase y trato más suave a la gente, sensación de liviandad.

.- Me gusta el ejercicio de las manos, antes sentía que daba amor un mes y lo quitaba en un día, me he sentido muy querida muy acogida y he recibido mucho amor de Ud.

.- A veces siento que no confían en mí cuando no me miran a los ojos.

.- Lo pasé muy bien fue maravilloso el viaje y todo, se me olvidó mi enfermedad, me sentí muy querida.

.- Siento la energía y la acogida de mis compañeras de verdad he sentido el cambio existencial.

.- Sentí un calorcito de los pies a la cabeza.

.- En el segundo viaje, me sentí muy bien, acompañada, conectada con mis compañeras, la danza de corazón a corazón me encantó y la de tierra, el nido, me relajé al máximo hasta me bañé en el río, (río Maipo)

Lucila Poblete:

.- Desde la primera clase me sentí muy bien, el caminar me impresionó mucho.

.- Sentí un calor en el cuerpo, me siento más alegre y con ganas de vivir, con mucho ánimo, al caminar siento el deseo de estar.

.- A pesar de estar agobiada con problemas, esto me hace muy bien.

.- Me gustó mucho el Vals de la clase pasada, me sentí livianita y con sentido de superación, me siento liberada, siento que me ha cambiado la cara.

.- A pesar de haber tenido un "bajón", en la clase me siento muy bien.

.- Me gustan mucho los acariciamientos en general y siento mi cuerpo ágil a pesar de mis problemas físicos.

.- Me encanta venir, me siento bien me relajo en las clases, siento que me ayudo, este mes es complicado para mí por traumas anteriores (septiembre).

.- Siento el apoyo de mis compañeras, aunque en la semana no me he sentido bien (presenta problemas psicosomáticos, diarreas, vómitos, desmayos).

.- Le agradezco la oportunidad, disfruté muchísimo del viaje y las clases.

.- Cuando faltan alguna de mis compañeras me siento decaída, la música me llega al alma me da escalofríos.

.- Los dos viajes han sido maravillosos, aunque me costó un poco conectar en la primera parte (Lucila generalmente es vigilante y alerta).

.- Me siento bien con mis compañeras.

.- Todo ha sido muy bueno y me he sentido bien, me ha ayudado mucho, me gusta venir, los viajes, doy gracias a Ud. y al Doctor Ignacio, de ahora en adelante me voy a valorar.

María Isabel:

.- Me sentí muy bien en los movimientos, me solté, me sentí más libre, dormí muy bien, el abanico chino me gustó mucho sentí que de apoco salía de la oscuridad.

.- Muy relajada, dormí muy bien.

.- Siempre tengo ganas de volver a las clases, me dan tranquilidad, me gustó el ejercicio de respiración abdominal.

.- No he estado muy bien esta semana, no me acuerdo de la clase pero siento que la necesito.

.- Me he sentido mejor, antes todo me preocupaba y no sabía como apreciar a mis compañeras, ahora sí, anteriormente el mundo se me caía, ahora miro más alto y más lejos.

.- Me encantan las clases pero en este mes no me he sentido muy bien (septiembre).

.- El compartir en el viaje las clases en el Cajón del Maipo, me gustó mucho, gracias.

.- Lo pasé muy bien en el Cajón del Maipo no quería venirme, la Biodanza me ha servido mucho.

.- Noté que hubo un cambio en mí, antes en mi familia no me daba el apoyo que necesito ahora sí, tengo más libertad, aprendí mucho más de Ud. y mis compañeras, estoy agradecida y feliz.

Carmen Machuca:

.- Me sentí bien me dieron ganas de reír lo que hace tiempo no hacía, quedé un poco adolorida, dormí bastante bien.

.- Aunque todavía me siento tensa en clases dormí muy bien y el ejercicio de extensión me gustó mucho.

.- Fui mediadora de mi marido y mi hija cosa que nunca había hecho y lo atribuyo a las clases.

.- Generalmente me siento extraña y angustiada, pero al llegar acá me siento bien, me siento con un cariño especial acá y después se me pasa todo.

.- Me sentí muy relajada durante la clase, venía muy tensa hace tiempo que no sentía el verdadero cariño; Que te hagan cariño y hacérmelo yo misma.

Juana Balboa:

.- Sentí mucho cariño y me sentí dando y recibiendo, todo liviano como pisando nubes, escuché música suave esa noche después de la clase, no tomé pastillas para dormir y dormí muy bien.

.- Me he sentido muy relajada durante las clases me han servido para prepararme por este periodo de separación de pareja.

.- Me sentí escuchada y acogida por el grupo quiero agradecer especialmente a Olga Ceballes, siento un cariño grande por todas.

.- Las clases me han hecho sentir más segura.

.- He podido llevar mi duelo de separación más tranquila

.- (Después de su separación vivió la muerte de su padre) El grupo me ayudó mucho para sobrellevar la muerte de mi padre, me encantan los acariciamientos y el acunamiento, ahora estoy en vías de reconciliación con mi pareja.

.- Tengo muchos recuerdos maravillosos, he aprendido a valorarme más a compartir y a entregar, gracias a Ud. por ayudarme y porque pude superar muchas cosas y le doy gracias al grupo por entenderme y escucharme.

María Teresa:

.- Sentí un gran amor cuando me abrazó mi compañera y después recordé el abrazo eterno y cariñoso de mi hermana mayor, se dio hace poco y no lo hacíamos desde niñas.

.- Me dan deseos de venir porque me siento muy bien, deseo que llegue el lunes.

.- Me he sentido bien con las clases con mis compañeras con la profesora, no valoraba la vida, ahora sí, he aprendido a amar y a ser amada, dar amor.

.- Me siento bien en las clases, me siento en confianza, aprendí a quererlas tanto, aprendí a confiar.

Olga Ceballes:

.- Me siento cambiada más liberada, algo interior, salgo más relajada, tuve que viajar a Stgo. y pude dormir en el bus cosa que antes nunca podía hacer, antes me preocupaba demasiado de mi casa ahora me siento más liberada.

.- Me gusta mucho asistir a las clases, me sentí acogida y comprometida.

Prosperina Moya:

.- Me sentí acompañada relajada, fue muy bonito, simpático, me sentí bien con mis compañeras.

.- Llegué acelerada a la clase, pero después me tranquilicé me relajé y me sentí muy bien mas liviana, más ágil, con ganas de hacer cosas.

.- Los ejercicios me relajan mucho, sobre todos los de extensión, me siento muy bien con mis compañeras al compartir con ellas cuando les doy un beso se lo doy con cariño.

.- Me gustó mucho la danza de la semilla, me imagino a mi misma siendo un árbol, pero me falta crecer aún.

.- Me siento muy acogida.

.- Me encantó como se puede sentir tanta conexión a través de los pies (eutonía de pies) y no me cansé nada, me gusta sentirme acompañada en clases.

.- Me siento conectada con mis compañeras, me encanta la danza de tierra me hace sentir segura, el ejercicio del "nido" me relaja.

.- Me he sentido super bien, he descubierto que me encanta danzar, ahora lo hago en mi casa y aunque mis hijos se ríen de mí no me importa, doy las gracias por estar aquí.

Francisca Allende:

.- Me sentí acogida por todas mis compañeras, me sentí descordinada porque no sabía para donde iba, al conectarme conmigo misma, me siento angustiada, al llorar siento descanso (esta participante sufría de crisis de pánico y angustia).

.- Me he ido acostumbrando a las miradas, y me he sentida acogida por el grupo, me he logrado relajar bastante.

.- Disfruto de todos los ejercicios, siento algo interior, relajada total, sentí como que no estaba en mi cuerpo, ahora tengo mejor semblante.

.- Aunque entré hace poco, hago movimientos que antes no podía hacer, antes no podía dormir en toda la noche ahora duermo tranquila y bien, hago más cosas en mi casa, no fumo para tomar decisiones, me preparo para venir a Biodanza, encontré buenas amigas, leales, lo percibo en sus rostros.

Juana Garrido:

.- Muy emocionada, me encontré nuevas amigas y llegué contenta a mi casa, me emocioné mucho y me sentí muy bien.

.- Me siento muy acogida.

.- Sentí algo muy especial la clase anterior, le he tomado el gustito a la Biodanza, dormí bien.

.- El ejercicio en el suelo me fascinó (Elasticidad Integrativa) estaba en otro mundo, me ayuda mucho el grupo y la Biodanza.

.- El viaje y lo que viví allá (Cajón del Maipo) fue la experiencia más linda de mi vida, no sentía ningún dolor, las clases tan bonitas, me encantó la entrega del corazón, la danza del fuego, me sentí con poder.

.- Ha sido un cambio tan lindo, hasta que me decidí a venir y a viajar era la primera vez que salía de mi casa, me atreví y se nota el cambio, mejoré mi sueño, se nota el amor de Ud. y mis compañeras.

Lorena Lazo:

.- El viaje fue maravilloso, me encantó, los ejercicios de entrega del corazón, el acunamiento y el nido sentí que yo no estaba en mi cuerpo, eso me gustó mucho, el estar con mis compañeras, fue grandioso.

Bibliografía

.- 27 Textos de Metodología de Biodanza Sistema Rolando Toro; De La "Internacional Biocentric Foundation", (Escuela Modelo de Biodanza Sistema Rolando Toro- Chile), Curso de Formación para Profesores de Biodanza. Destaco para la creación de este trabajo los módulos de: "Vitalidad", "Afectividad", "Creatividad", "Identidad e Integración", "Mecanismos de Acción en Biodanza" y "Biodanza Art Magna".

.- "Adiós Depresión"; Enrique Rojas, Edit: Temas de Hoy, Madrid 2006

.- "La Comunicación No Verbal"; Flora Davis, Edit: Alianza

.- "El Lenguaje Del Cuerpo"; Alexander Lowen, Edit: Herder

.- "La Espiritualidad Del Cuerpo"; Alexander Lowen; Edit: Paidós

.- "La Experiencia Del Placer"; Alexander Lowen; Alianza

Anexos

Asistentes a las clases de Biodanza:

Ana del Carmen Leiton González, Rut: 5.960.426-6

Lucila del Carmen Poblete Ibarra, Rut: 6.800.626-0

Aurora de las Mercedes Pérez Campos, Rut: 8.631.815-6

María Isabel Celis Soriano, Rut: 10.183.943-5

Juana Paulina Balboa Garrido, Rut: 6.969.925-1

Olga Rosa Ceballes Solís, Rut: 7.490.402-5

Carmen Gloria Machuca Aguilar, Rut: 10.035.236-2

María Teresa Moreno Rut: 8.441.170-1

Lorena Dennis Lazo Céspedes, Rut: 11.282.530-4

Prosperina Antonieta Moya Flores, Rut: 10.396.799-6

Juana del Carmen Garrido Castro, Rut: 6.131.179-3

Francisca P. Allende Peñalosa, Rut: 5.858.160-5

**RELACIÓN TRAUMA INFANTIL A COMORBILIDAD DEPRESIÓN
TRASTORNO ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.**

**RELATIONSHIP BETWEEN CHILD TRAUMA AND
COMORBILITY DEPRESSION WITH TRAUMATIC STRESS
DISORDER**

AUTORES.

VERÓNICA VITRIOL. (1).
SOLEDAD BALLESTEROS T. (2).
RAMÓN FLORENZANO U. (3).
ANA CALDERÓN K. (4).
ANDREA VACAREZZA (4).

TRABAJO FINANCIADO PROYECTO CONICYT- FONIS SA05I20037.
Esta Institución participo sólo en la revisión del diseño de la Investigación.
No presenta conflictos de intereses.

1-Médico Psiquiatra, Magíster Psicología, Jefe Unidad Salud Mental Hospital Curicó.

Dirección Prat 111 oficina 211. Teléfono 075-317471. mail verojvg 419 hot mail.com

2-Psicóloga Clínica Universidad Católica de Chile, Psicóloga Hospital Curicó.

3- Profesor Titular Psiquiatría U Chile, Psiquiatra Psicoanalista, Jefe Unidad Investigación U. Del Desarrollo.

4-Psicólogas Clínicas U Católica, Psicólogas Hospital Salvador.

Recuento de palabras desde la Introducción hasta final Discusión = 2328

RESUMEN.

El Trastorno por estrés postraumático (TEPT) es una entidad frecuente de encontrar en sujetos que presentan Depresión. Uno de los factores de riesgo asociados a ambas enfermedades son los antecedentes de maltrato infantil. Este trabajo tiene como objetivo:

Determinar la frecuencia de TEPT en mujeres consultantes por Depresión Severa y estudiar la relación entre los antecedentes de poli-trauma infantil al TEPT cuando hay comorbilidad con

Depresión Severa. Se compararon 87 mujeres con depresión severa y poli-trauma infantil (tres o más antecedentes y/o contacto sexual forzado) con 42 mujeres con depresión severa sin poli-trauma

infantil. En forma ciega al antecedente de poli-trauma infantil se aplicó el Instrumento Composición

Internacional de entrevistas Diagnosticas (CIDI), para establecer diagnóstico TEPT según CIÉ 10 y la

Escala de 8 ítems para los resultados del tratamiento del TEPT (TOP 8) para cuantificar severidad de

síntomas. Resultados: 49,2% de la muestra total cumple con los criterios para TEPT según

CIE10 (52,9 % con poli-trauma, 44,4 % sin poli-trauma sin diferencias significativas). Las

pacientes con depresión severa y poli-trauma infantil presentan significativamente mayor

severidad de los síntomas según promedio TOP 8(17,8 - 7,5 $t=6,577$ $p<0,001$) y diferencias en

Los diversos ítems del CIDI. Este estudio confirma en nuestro medio, la alta prevalencia de

TEPT en comorbilidad a Depresión Severa en mujeres consultantes a un Servicio de Salud

Mental. Se justifica la necesidad de validar estrategias de tratamiento que aborden la clínica

asociada a situaciones traumáticas biográficas en mujeres consultantes por Depresión Severa.

Palabra clave: Depresión, Trauma Infantil, Trastorno por Estrés Postraumático.

ABSTRACT

PTSD is disorder found frequently in subjects with depression. One of the risk factors associated with both diseases is a history of physical or sexual abuse in childhood. Objective: Determine the frequency of PTSD in women with severe depression attending a primary care facility and study the relation between multiple child trauma or abuse and comorbidity of severe depression and PTSD. Methods: 87 women with severe depression ICD-10 rated with Hamilton-21 and multiple child trauma (three or more incident or sexual abuse) were compared with 42 women with severe depression without childhood trauma. The Composite International Diagnostic Interview (CIDI) of the World Health Organization was applied blindly in reference to childhood trauma to establish the diagnosis of PTSD according to ICD10 and the eight-item treatment outcome posttraumatic stress disorder scale (TOP 8) was used to quantify symptom severity. Results: 49,6% of the total sample satisfied the criteria for PTSD (52.8% of those with childhood trauma and 44.4% of those without trauma). The mean score in TOP 8 for patients with childhood trauma was 17,8 compared with and 7,5 for cases without childhood trauma ($t=6,577$ $p<0.0001$). Comparing patients with and without multiple traumas there were significant differences in CIDI and traumatic events. Conclusion: The study confirms a high prevalence of PTSD in comorbidity with severe depression compared to the general population. This prevalence is higher in the subjects with history of childhood trauma. This underscores the need to validate treatment strategies that deal with clinical situations associated with severe biographic trauma, especially among women that were sexually abused during childhood or adolescence that attend with severe depressive symptoms. Key Words: Childhood trauma, PTSD depression.

RELACIÓN TRAUMA INFANTIL A COMORBILIDAD DEPRESIÓN TEPT.

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe suficiente evidencia empírica que relaciona las experiencias traumáticas infantiles con la psicopatología adulta (1), principalmente a los Trastornos Afectivos y el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) (2,,3,4). El TEPT es la enfermedad psiquiátrica que en estudios poblacionales aparece más asociada a la exposición de eventos traumáticos, con prevalencias que fluctúan entre 5% a 12%, el doble en mujeres que hombres (5,6,7,8). Se caracteriza por la presencia de la tríada sintomática de fenómenos invasores, hipervigilancia y conductas evitativas de por lo menos un mes de evolución con tendencia a la cronicidad (9). Solo un 25% de los sujetos expuestos a un evento traumático desarrollan un TEPT, dependiendo de factores de vulnerabilidad tales como las experiencias de abuso físico y sexual infantil (4). El maltrato infantil como factor de riesgo para el desarrollo de TEPT en la vida adulta, se ha documentado consistentemente en estudios poblacionales retrospectivos, de cohortes prospectivas y poblaciones de ex-combatientes (10-14). Sin embargo, esta relación no ha sido suficientemente estudiada en poblaciones clínicas de pacientes con problemas mentales hospitalizados o ambulatorios (11). En estas poblaciones las investigaciones son escasas y con importantes limitaciones metodológicas por reducidos tamaños de las muestras y/o ausencia de grupo control. Destaca en esta línea el trabajo de Carlson et al, que en 178 pacientes psiquiátricos hospitalizados con antecedente de abuso infantil, encontró que un ambiente disfuncional en la infancia, el abandono y abuso físico y sexual en la niñez determinaron el 42% de la varianza de los síntomas de TEPT en la adultez (15).

Investigar la relación de maltrato infantil a TEPT en poblaciones consultantes por trastornos mentales es complejo, debido a que en ellas, el TEPT es cuatro a cinco veces más frecuente que en la población general, principalmente en las de mayor severidad (15). Además es una entidad que habitualmente se presenta en comorbilidad con otras enfermedades, especialmente con los trastornos del ánimo (6). Ambas entidades comparten factores de riesgo comunes: ser mujer, antecedentes de trauma infantil y cada una es factor de vulnerabilidad para el desarrollo de la otra (6,16,17).

El objetivo de este trabajo es profundizar en la complejidad previamente expuesta, estudiando la relación de los antecedentes de trauma infantil con el TEPT en una muestra de mujeres consultantes por depresión severa a un servicio de salud mental de hospital general.

Nuestra hipótesis es que pacientes con depresión severa y antecedentes de poli-trauma infantil y/o abuso sexual presentan más frecuencia de TEPT y mayor gravedad de los síntomas por estrés postraumático que las pacientes con Depresión Severa sin antecedentes de poli-trauma infantil ni abuso sexual.

Material y Método.

La muestra esta constituida por 129 mujeres con diagnóstico de depresión severa que ingresaron en forma aleatoria a la Unidad de Salud Mental del Hospital de Curicó, entre Abril y Agosto del año 2006. Al ingreso, confirmado el diagnóstico según criterios CIÉ 10 (18),

Fueron evaluadas por psicóloga clínica quién le administró previo consentimiento informado:

La escala de Hamilton (con punto de corte sobre 21 puntos para ingreso a este estudio) (19) y la escala de tamizaje de Marshall que registra el recuerdo anamnésico de haber sufrido uno o más sucesos traumáticos antes de los 15 años de edad entre siete propuestos (separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes; experiencia de haber sufrido

castigo físico importante; haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador; abuso de alcohol o drogas por algún miembro de la familia; contacto sexual forzado con un pariente; daño físico después de haber sido castigado; contacto sexual forzado con un no familiar).

Dicha escala se registra con si/no, pudiendo variar los puntajes entre 0 y 7 puntos y ha sido

validada en nuestro medio por Cuneo y cois, considerando un corte de tres o más puntos

como poli-trauma. Ha sido utilizada por los investigadores en diversos estudios nacionales,

incluyendo la población del Hospital de Curicó (20).

Posteriormente dos alumnas de psicología aplicaron a todas las pacientes, en forma ciega i la

escala de Marshall, la subescala para el diagnóstico del TEPT del CIDI 2.2 (Composite

Diagnostic Interview modulo K) de la Organización Mundial de la Salud y la Escala de 8 ítem

para los resultados del TEPT (TOP 8) (21,22). El TOP 8 es una escala derivada de la escala de

Gravedad del trastorno por Estrés Postraumático (SI- TEPT), consta de 8 ítems que

representan adecuadamente los tres criterios sintomáticos para el diagnóstico de TEPT según

el DSMFV. Los ítemes se puntúan mediante una escala tipo Likert que oscila entre 0 (ausencia

de síntoma) y 4 (gravedad extrema).

Las pacientes con Hamilton igual o mayor a 21 puntos y 3 o más puntos en la escala de

Marshall y /o que tuviesen el antecedente de contacto sexual forzado (n=87, 60 de ellas con

antecedente de contacto sexual forzado) fueron comparadas en las subescalas del CIDI y en el

promedio del TOP 8 con las mujeres con Hamilton igual o mayor a 21 puntos y sin

antecedentes de poli-trauma infantil ni abuso sexual (n=42, sólo 12 sin ningún antecedente

traumático). Los datos se ingresaron en planilla excel y se analizaron con el paquete

computacional SPSS, con un (p<0,05).

Este trabajo cuenta con la autorización del Comité de Ética del Servicio de Salud del Maule y

Financiamiento Conicyt-Fonis (Sa05i20037)

Resultados.

Las pacientes son comparables en sus características sociodemográficas. La edad de las

pacientes con poli-trauma infantil es de 39 años, con un rango entre 20 y 64 año. El 49,4% ha

cursado educación básica, 41,4% media y 3,4% educación técnica. Un 59,6% es dueña de

casa, 34,5% esta ocupada, 3,4% cesante y 2,3% estudia. 43,7% es casada y un 23% convive,

90,8% vive con su familia nuclear. El 81,6% no había tenido hospitalizaciones anteriores y

64,4% no había recibido tratamientos anteriores. Un 69% señala no tener antecedentes

psiquiátricos personales y un 64,4% no familiares.

Respecto al grupo sin poli-trauma, la edad promedio es de 43 años, con un rango entre 19 y 88.

En cuanto al nivel educacional, el 40,8% ha cursado la educación básica el 38,8% la media y el

6,1% la técnica. Un 65,3% dueña de casa, un 28,6% estaban ocupadas, un 4,1% cesantes y un

2% estudiantes. 38,8% de las pacientes esta casada y un 22,4% separada. Un 83,7% vive con

familia nuclear. Con respecto a tratamientos anteriores, un 69,4% no ha recibido y un 77,6%

nunca ha sido hospitalizada. 75,5% señalan no haber tenido antecedentes psiquiátricos y un

71,4% señala no tener familiares con antecedentes psiquiátricos

Considerando los criterios de estrés post traumático (TEPT) del CIÉ 10 (ya que el CIDI se

basa en estos criterios), los porcentajes de TEPT son los siguientes: Un 49,6% (n=64) de la

muestra total (incluyendo pacientes con poli-trauma infantil y sin poli-trauma infantil) presenta

TEPT. Dentro de las pacientes con poli-trauma infantil, un 52,9% presenta TEPT y un 44,4 %

de las pacientes sin poli-trauma infantil. Estas dos variables no están estadísticamente

Asociadas ($\chi^2= 1,396$ y $p=0,237$) (ver tabla 1).

El promedio del TOP 8 en las pacientes con poli-trauma infantil fue de 17,8 puntos, en las sin Poli-trauma infantil fue de 7,5 puntos. Hay diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables ($t= 6,577$ $p<0,001$)

Al comparar las pacientes con poli-trauma infantil y sin poli-trauma infantil respecto al número de sucesos traumáticos experimentados según la escala del CIDI. Se encontró que las pacientes Sin poli-trauma infantil señalaron en promedio 2,15 sucesos traumáticos. El grupo de pacientes con poli-trauma en la infancia experimentó, en promedio 3,87 sucesos traumáticos Las diferencias entre ambos grupos son estadísticamente significativas ($t = 5,014$ y $p<0,001$).

Dentro de los pacientes con poli-trauma en la infancia, un 96% ($n=84$) señalaron algún evento como el más traumático, 41,3% ($n=36$) consideraron que el evento más traumático en sus vidas fue la violación. Entre los pacientes sin poli-trauma infantil, un 36,1% ($n=11$) no manifiesta tener algún evento como el más traumático, un 18,6% ($n=8$) señala que el evento más traumático vivido fue ver cuando alguien fue herido de gravedad o mataron a alguien. Los eventos traumáticos del CIDI asociados estadísticamente a las pacientes con poli-trauma infantil fueron accidente, violación, molestaron sexualmente atacado o fuertemente golpeado (ver tabla 2).

La edad promedio en que las pacientes con poli-trauma infantil experimentaron el evento señalado como el más traumático fue a los 17 años (rango entre 4 a 61). La edad promedio de las pacientes sin poli-trauma infantil fue de 27 años (rango entre 11 y 69).

En la tabla 3 se presenta un análisis comparativo entre las pacientes sin poli-trauma infantil y las con poli-trauma infantil, en relación a las respuestas de estrés traumático frente al evento seleccionado como el más traumático , - : Se observa que existe una asociación estadísticamente significativa entre pertenecer al grupo de pacientes con poli-trauma infantil y

presentar, posterior al evento, reacciones de estrés post traumático; ésta asociación se observa

en todas las reacciones de estrés post traumático analizadas.

Conclusión y Discusión

Este estudio confirma en nuestro medio, la alta prevalencia de TEPT en sujetos con

depresión severa. Esta prevalencia es mayor al 4,4% encontrado por Vicente en su estudio de prevalencias comunitaria (5), y mayor al 11 % pesquisada por este mismo autor en

comorbilidad a los trastornos anímicos en la misma muestra comunitaria (según datos recientes

presentados en el 60 Congreso de Sonepsyn).

El 49,6% de TEPT encontrado en esta muestra, es concordante con las investigaciones

recientes que demuestran como esta enfermedad es lejos mas prevalente en sujetos con

cuadros psicopatológicos severos (como lo son las depresiones severas), fluctuando en estos

entre un 29% a un 53% (15,23). Además, en los sujetos depresivos el TEPT se relaciona a

varios de los criterios de severidad como: un inicio más temprano en la vida, mayor

suicidabilidad, hospitalizaciones frecuentes y mal pronóstico por mala adherencia a los

tratamientos (24-29)

La prevalencia encontrada de TEPT según los criterios CIÉ 10 a lo largo de la vida de nuestro

estudio, es mayor cuando la depresión esta asociada a antecedentes de poli-trauma infantil

y/o abuso sexual. Sin embargo, esta diferencia no es significativa respecto a las con depresión

severa sin poli-trauma infantil. Lo anterior pudiese deberse a la metodología utilizada, o bien

que el ser mujer, tener depresión de por si ya son factores de riesgo para el desarrollo de un

TEPT.

Lo que si constata este estudio es que las pacientes con depresión severa y poli-trauma infantil

presentan mayor smtomatología por TEPT, mayor severidad de sus síntomas al momento de la

derivación (según promedio TOP 8), señalan haber vivenciado un mayor número de sucesos

traumáticos a lo largo de su vida y el trauma sexual como el más importante. Todos estos hallazgos permiten plantear que la clínica de TEPT en pacientes con depresión severa y politrauma infantil es diferente a cuando estos antecedentes no se encuentran. Lo anterior podría ser compatible con lo señalado por diversos autores respecto a que la psicopatología de los sujetos expuestos a traumas extremos y crónicos como lo son múltiples eventos de maltrato infantil y abuso sexual debiese recibir el diagnóstico de estrés postraumático complejo (30, 31). Me Lean demostró empíricamente la relación entre el Trastorno por estrés complejo con las experiencias de abuso sexual infantil y no a las sufridas en la vida adulta, así como su asociación a los trastornos de la personalidad (32). Ligado al planteamiento anterior el mayor número de vivencias traumáticas que señalan las pacientes con depresión severa y antecedentes de poli-trauma infantil de este estudio, es concordante con el fenómeno de la revictimización, descrito y validado empíricamente por diversos autores y que consiste en la vivencia de sucesivas experiencias traumáticas durante la vida, en sujetos que han sufrido experiencias extremas en su infancia, principalmente cuando estas han sido de tipo sexual y físico (32,33,34). El desarrollo del TEPT en estas personas sería consecuencia de la presencia sucesiva de eventos traumáticos partiendo del abuso infantil que dejaría una vulnerabilidad psicológica y neurobiológica (35-39). Por último este estudio destaca la importancia de los antecedentes traumáticos sexuales asociados al TEPT de las pacientes con Depresión Severa y poli-trauma infantil. Se ha encontrado que el 25% de las víctimas expuestas a un acontecimiento traumáticos desarrollan TEPT, sin embargo el 80% de las víctimas de violación sufren síntomas de TEPT (40). Hartman (citado por Cía), determinó que la mayoría de las violaciones se producen durante la infancia y adolescencia y los perpetradores suelen ser conocidos de las víctimas. Según este

autor el 33% de las víctimas son violadas entre los 11 y 17 años, el 29% desde los 11 para

abajo: es decir el 62% de las violaciones ocurren siendo la víctima menor de edad (41)

En resumen esta investigación confirma en nuestro medio la alta prevalencia de TEPT en

mujeres consultantes por depresión severa, presentando síntomas de mayor severidad las

pacientes con antecedente de poli-trauma infantil y/ o abuso sexual. Si consideramos la

evidencia que señala que en los pacientes con trastornos mentales severos el TEPT es subdiagnosticado

(42). Los hallazgos encontrados corroboran lo postulado por diversos autores sobre la necesidad de diagnosticar y validar estrategias que aborden activamente los

antecedentes traumáticos, específicamente los traumas sexuales padecidos en la infancia, y los

síntomas del TEPT en sujetos que consultan por síntomas depresivos severos (43).

Se requiere continuar validando los hallazgos expuestos en otras poblaciones, considerando la

variable personalidad y " instrumentos diagnósticos que aborden al mismo tiempo los

V < í >

traumas infantiles x los síntomas de TEPT en sus variables de intensidad, inicio y duración.

REFERENCIAS.

1-EDWARDS V, ROLDEN G, EELLITI V, ANDA R. Relationship between múltiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results the adverse childhood experiences study. Am J Psychiatry 2003; 160: 1453-1460.

2- WEIL K, FLORENZANO R, VITRIOI V, CRUZ C, CARVAJAL C, FULLERTON C ET AL. Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: Un estudio empírico. Rev med Chile 2004; 132: 1499-1504

3- WEISS L, LONGHURST J, AND MAZURE C. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. Am J Psychiatry 1999; 156:816-28.

4- BRESLAU N, DAVIS G, ANDRESKI P. Risk factors related for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis Am J Psychiatry 1991;! 52:216-222.

5-BENJAMÍN VICENTE P, PEDRO RIOSECO S, SANDRA SALDIVIA B, ROBERT KOHN, SILVERIO TORRES P Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP).Rev.Méd.Chile 2002;! 30: 527-536

6- KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E, HUGHES M, NELSON CB. Post-traumatic stress disorder in the national community survey. Arch Gen Psychiatry 1995; 52:1048- 1060

7-BRESLAU N, KESSLER R, CHILCOAT II. Traumatic and posttraumatic stress disorder in the community: 1996 Detroit survey of trauma . Arch Gen Psychiatry 1998; 52: 1048-60

8- DAVIDSON J, HUGHES D, BLAZER D, GEORGE L. Post-traumatic stress disorder in

the community: an epidemiological study. *Psychol Med* 1991; 21:713-721.

9- CONNOR K, BUTTERFIELD M. Posttraumatic stress disorder. *Focus* 2003; 1:247-62.

10- CARVAJAL C. Trastorno por estrés postarumático: aspectos clínicos. *Rev Chil Neuro-*

Psiquiat 20(2);40:20-34.

11- MARTY C, CARVAJAL C. Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés posttraumático en la adultez. *Rev Chil Neuro- Psiquiat* 2005; 43:180-7

12- BREMNER J, SOUTHWICK S, JOHNSON D, YEHUDA R, CHARNEY D. Childhood physical abuse and combat related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 235-239.

13- BRESLAU N, CHILCOAT II, KESSLER R, DA VIS G. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit área survey of trauma. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 902-907.

14- WIDOM C. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grow up. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1223-29.

15- CARLSON E, DALENBRRG C, ARMSTRONG J, DANIELS J, LOEWNSTEIN R , ROTH D. Multivariate prediction of posttraumatic symptoms in psychiatric inpatients. *J Trauma Stress* 2001; 14:549-67

15- ROSEMBERGS D, MUESSER K T, FRIEDMAN M J, GORMAN P G, DRAKE R E, VIVADER R M ET AL. Developing effective treatments for posttraumatic stress disorders among people with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2001; 52:1453-61

16-SHALEV AY, FREEDMAN S, PERI T, BRANDES D, SAHAR T, ORR S, PITMAN R.

Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. Am J Psychiatry 1998; 155:630-637

17-KENDLER K, KUHN J, PRESCOIT C. Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. Psychol med 2004; 36: 147-82

18- CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (OMS) "Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico". Madrid: Ediciones Meditor, 1992

19- HAMILTON M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960, 23:56-62

20-CUNEO C, GONZÁLEZ I, JARA M, PALOMARES L, RAMMASY C, CRUZ C, FLORENZANO R. Validación externa de la Escala de Trauma de Marshall. En: Florenzano R, Weil P, Carvajal C, Cruz C ed. Trauma Infante- Juvenil y Psicopatología adulta. Santiago: Editorial Corporación de Promoción Universitaria, 2005.

21 ROBINS L, WING J, WITCHEN H, HELZER J. The Composite International Diagnostic Interview. Arch Gen Psychiatry 1988;45:1069-1071

22-CONNOR K, DAVIDSON J. The eight-item treatment outcome post-traumatic stress disorder scale: A brief measure to assess treatment outcome in post-traumatic stress disorder. Int Clin Psychopharmacol 1997; 2:41-45

23- MULLICA R, MCINNES K, SARAJLIC N, LAVELLE J, SARAJLIC I, MASSAGLI MP: Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. JAMA 1999; 282:433-439.

24-GLADSTONE G, PARKER G, WILHEIM K, MITCHELL F, AUSTIN MA.

Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1999;156:431-437.

25- GLADSTONE G L, PARKER G B, MITCHELL P B, MALHI G S, WILHEIM K, AUSTIN M P. Implications of childhood trauma for depressed women: and analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self harm and revictimization. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1417-25.

26- OQUENDO MA, FRÍEN D JM, HALBERSTAM B, BRODSKY BS, BURKE AK, GRUNEBAUM MF, MALONE KM, MANN JJ: Association of comorbid posttraumatic stress disorder and major depression with greater risk for suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2003; 160:580-582

27. OQUENDO MA, BRENT D, BIRMAHER B, GREENHIL L, KOLKO D, STANLEY D et al. Posttraumatic stress disorder comorbid with mayor depresión :Factors mediating association with suicidal behavior *Am J Psychiatry* 2005; 162: 560-566

28-WALTER E, KATON W, RUSSO J, CFFICHANOWSKY, NEWMAN L WAGNER M Health Care Costs Associated With Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Women. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:269-374.

29- HOLTZHEIMER P, RUSSO J, ZATZICK D, BUNDY C, ROY-BYRNE P. The impact of comorbid of post-traumatic stress disorder on short- term clinical outcome in hospitalized patients with depression. *Am J Psychiatry* 2005; 162:970-976

30-HERMAN JL: Trauma and Recovery. New York, Basic Books, 1992

31-ROTH S, NEWMAN E, PELCOVITZ D, VAN DER KOLK B, MANDEL F: Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial

for Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress* 1997; 10:539-555.

32- MCLEAN L, GALLOP R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160:369-371.

23- MULLICA R, MCINNES K, SARAJLIC N, LAVELLE J, SARAJLIC I, MASSAGLI MP: Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croada. *JAMA* 1999; 282:433-439.

24-GLADSTONE G, PARKER G, WILHEIM K, MITCHELL F, AUSTIN MA. Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1999;156:431-437.

25- GLADSTONE G L, PARKER G B, MITCHELL P B, MALHI G S, WILHEIM K, AUSTIN M P. Implications of childhood trauma for depressed women: and analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self harm and revictimization. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1417-25.

26- OQUENDO MA, FRÍEN D JM, HALBERSTAM B, BRODSKY BS, BURKE AK, GRUNEBAUM MF, MALONE KM, MANN JJ: Association of comorbid posttraumatic stress disorder and major depression with greater risk for suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2003; 160:580-582

7. OQUENDO MA, BRENT D, BIRMAHER B, GREENHIL L, KOLKO D, STANLEY D et al. Posttraumatic stress disorder comorbid with mayor depresión :Factors mediating

association with suicidal behavior *Am J Psychiatry* 2005; 162: 560-566

28-WALTER E, KATON W, RUSSO J, CFFICHANOWSKY, NEWMAN L WAGNER M

Health Care Costs Associated With Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Women. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:269-374.

29- HOLTZHEIMER P, RUSSO J, ZATZICK D, BUNDY C, ROY-BYRNE P. The impact of comorbid of post-traumatic stress disorder on short-term clinical outcome in hospitalized patients with depression. Am J Psychiatry 2005; 62:970-976

30-HERMAN JL: Trauma and Recovery. New York, Basic Books, 1992

31-ROTH S, NEWMAN E, PELCOVITZ D, VAN DER KOLK B, MANDEL F: Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. J Trauma Stress 1997; 10:539-555.

32- MCLEAN L, GALLOP R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 2003; 160:369-371.

32- COID J, PETRUCKTEVICH V, GENDER F, CHUG W, RICHARDSON J, MOOREY S. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. Lancet 2001; 358: 450-454.

33- VITRIOL V, GOMBEROFF M, BASUALTO M E, BALLESTEROS S. Relación entre trastorno por estrés postraumático, abuso sexual infantil y revictimización sexual. Rev Méd Chile 2006; 134:1302-1305

34- VAN DER KOLK B A. The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization and masochism. Psychiatric Clinics of North America 1989;12:389-411.

35- VAN DER KOLK B.A. The body keeps the score. Memory and the evolving

psychobiology of post traumatic stress. Bessel A. van der Kolk; M.D Harvard medical school,
HRI Trauma center 227 Babcock street Boston ,MA 02146,1994.

36-HEIM C, NEWPORT R, BONSALE R, MILLER A, NEMEROFF C. B.
Altered adrenal
pituitary- adrenal axis responses to provocative challenges tests in adult
survivors of childhood
abuse. AmJ Psychiatry 2001; 158 : 575-81

37- VHITHILYNGHAM M, HEIM C, NEWPORT R, MILLER A,
ANDERSON F,
BRONEN R. Childhood trauma associates with smaller hippocampal
volumen in women with
mayor depression. AmJ Psychiatry 2001; 159:2072-80

39- HEIM C, NEMEROFF C B. The role of childhood in the neurobiology of
mood and
anxiety disorders preclinical and clinical studies. Biol Psychiatry 2001; 49:
1023 —39

40- BRESLAU N, DAVIS GC, ANDRESKI P, PETERSON E.L. Traumatic
events and
posttraumatic stress disorder in an urban popuiáticii of young adults: Arch
Gen Psychiatry
1991; 48; 216-22

41- CÍA A, Epidemiología en: Trastorno por Estrés postraumático:
Diagnóstico y
Tratamiento integrado: Buenos Aires Gedisa 2001, Pag 109

42-DAVIDSON JR: Recognition and treatment of posttraumatic stress
disorder. JAMA
2001; 286:584-588.

3- CREEN B, KRUPNIKJ, CHUNG J, SIDDIQUE J, KRAUSE E, REVICKI
D et al.
Impact of PTSD symptoms in a one year outcomes depression trial. J Clin
Psychol 2006;
62:815-35

Tabla 1. Distribución Prevalencias TEPT en 129 mujeres con Depresión Severa con y sin Trauma Infantil Consultantes Unidad Salud Mental Hospital Curicó Abril- Agosto 2006

Depresión Severa	TEPT		No TEPT		Total	
	N	% total	N	% total	N	% total
Con poli-trauma	46	35,7	41	31,7	87	67,4
Sin poli- trauma	18	13,9	24	18,6	42	32,6
Total	64	49,6	65	50,3	129	100

