

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Estudio de Caso Clínico: Aplicación de la Terapia Focalizada en la Emoción a una Persona con Problemas de Pareja Causados por una Dificultad en el Manejo de sus Emociones

Ana Sofía Cabezas Ordóñez

Teresa Borja, Ph.D., Directora de Trabajo de Titulación

Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de
Sicóloga Clínica

Quito, mayo de 2015

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Estudio de Caso Clínico: Aplicación de la Terapia Focalizada en la Emoción a una Persona con Problemas de Pareja Causados por una Dificultad en el Manejo de sus Emociones

Ana Sofía Cabezas Ordóñez

Teresa Borja, Ph.D
Directora del Trabajo de Titulación _____

Ana María Viteri, Ph.D
Miembro del Comité
de Trabajo de Titulación _____

Belén Domínguez Sic. Clin.
Miembro del Comité
de Trabajo de Titulación _____

Carmen Fernández-Salvador, PhD
Decana del Colegio de Ciencias
Sociales y Humanidades _____

Quito, mayo de 2015

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: _____

Nombre: Ana Sofía Cabezas Ordóñez

C.I.: 171743688-3

Lugar: Quito - Ecuador

Fecha: mayo de 2015

DEDICATORIA

A mis hijas quienes han sido mi mayor motivación.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco especialmente a Teresa Borja, mi profesora y directora de tesis. Gracias por sus enseñanzas y su constante dedicación. Mi cariño y admiración.

A todos mis profesores, en especial a Ana María Viteri, que ahora hacen de mí una profesional pero sobre todo una mejor persona.

A Belén Domínguez por sus valiosos consejos.

A Arturo, por la confianza y apoyo incondicional, que sin duda alguna en este largo camino me ha demostrado su amor, gracias por compartir tu sabiduría y ser mi compañero de vida.

A mis hijas Rafaela y Alegría por contagiarme de su ternura y alegría. Por enseñarme a maravillarme con las pequeñas cosas, por despertar siempre con una sonrisa.

RESUMEN

En el presente estudio de caso se expone la problemática de un hombre de edad comprendida entre los 30 y 40 años, que presenta dificultad para controlar y manejar sus emociones, particularmente la ira, y por consiguiente tiene problemas en la relación con su esposa. Se aplicó la Terapia Focalizada en la Emoción que tiene como principal objetivo el trabajo sicoterapéutico enfocado en las emociones. La información fue obtenida de los diarios y las grabaciones de las sesiones terapéuticas. Se realizaron en total 9 sesiones sicoterapéuticas. Al finalizar el tratamiento se observó que el cliente pudo identificar cada una de las emociones que surgían frente a diversas personas significativas de su vida, pudo elaborar estas emociones y descubrir las necesidades que se encontraban detrás de dichas emociones. Esto resultó en una disminución de sus expresiones de ira, lo que contribuyó al mejoramiento en la comunicación con su pareja. De igual forma, se observó un cambio en la narrativa del cliente alrededor de sus emociones y su historia de vida, que le permitió tener una perspectiva diferente de su futuro. Por último, en el SCL-90-R se evidenció un cambio significativo en los síntomas de ansiedad, angustia y hostilidad presentados al iniciar el tratamiento. De igual forma, se evidenció un cambio en el GAF de 75 al inicio de la terapia a 90 al finalizar el proceso.

Palabras claves: *Terapia Focalizada en la Emoción, alianza terapéutica, emociones, cliente, self, narrativa.*

ABSTRACT

The present case study exposes a male adult's -aged between 35 and 40- problem, which is unable to control and handle his emotions (specifically anger).. As a consequence he and his couple present deep relationship problems. Emotion Focused Therapy was applied, with its main purpose to perform emotional psychotherapeutic techniques. Information was obtained from diaries and therapeutic sessions recordings. A total of 9 (nine) therapeutic sessions took place. By the end of the process it was possible to evidence that the client acquired the skills to identify every emotion towards significant people in his life. As well, he was able to work on these emotions and discover the needs behind each one of them. As a result it was evident a decrease in his rage expressions leading to an improvement of his marital communication. A change in the narrative regarding emotions and life history of the client was observed; this allowed him to have a better perspective of the future. Finally, in SCL-90-R scores it was possible to evidence a significant change regarding the anxiety, anguish, and hostility symptoms presented at the beginning of the treatment. Also, it was possible to identify a change in GAF scores; 75 at the beginning of the therapy and 90 at the end of the process.

Key words: *Emotion-Focused Therapy (EFT), therapeutic alliance, emotions, client, self, narrative.*

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA.....	13
Datos de identificación	13
Antecedentes	13
El problema.....	13
Historia familiar	14
Historia personal	15
Situación actual.	17
Evaluaciones de la situación actual.....	18
Hipótesis	18
Pregunta de investigación	19
Contexto y marco teórico.....	19
El propósito del estudio.....	20
El significado del estudio.	20
Definición de términos.....	21
Presunciones del autor del estudio.....	25
Supuestos del estudio.....	25
REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	27
Géneros de literatura incluidos en la revisión.....	27
Fuentes.	27
Pasos en el proceso de revisión de la literatura.....	27
Formato de la revisión de la literatura	28
Tema 1. Psicología Humanista.	28
Historia.	28
Concepto.....	30
Principios.....	30
Enfoques dentro de la psicología humanista.	32
Terapia centrada en el cliente.....	32
Terapia existencial.....	34
Terapia Gestalt.....	35

Focusing (terapia experiencial).....	36
Efectividad de la terapia humanista.....	38
Tema 2. Terapia focalizada en la emoción.....	39
Antecedentes.....	39
La emoción en EFT.....	40
Esquemas emocionales.....	42
Principios del cambio emocional.....	42
Tomar conciencia.....	42
Expresar.....	43
Regular.....	43
Reflexionar.....	44
Transformar.....	44
Principios del tratamiento.....	44
Fase 1: Facilitar la unión del cliente-terapeuta y facilitar el despliegue de la narrativa con un despertar sobre la emoción sentida.....	47
Fase 2: Facilitar la evocación, exploración y articulación de temas emocionales.....	47
Fase 3: Facilitar la transformación de la emoción y el desarrollo de una nueva narrativa.....	48
Fase 4: Facilitar la consolidación y reconstrucción de la narrativa.....	48
Herramientas en EFT.....	50
Tema 3. Eficacia de la terapia focalizada en la emoción.....	52
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	59
Justificación de la metodología seleccionada.....	59
Curso del tratamiento.....	60
Breve descripción del estado mental actual.....	60
Herramientas de investigación aplicadas.....	60
SCL-90-R.....	61
Inventario de alianza terapéutica (WAI).....	61
Diagnóstico y evaluación funcional.....	63
Estructura del tratamiento.....	63
Lista de situaciones y problemas.....	63
Metas a corto plazo.....	64
Metas a largo plazo.....	64
Consideraciones éticas y legales.....	65
Aspectos de la relación terapéutica.....	68

Alianza terapéutica.....	68
Temas e intervenciones.....	69
Reacciones problemáticas (<i>problematic reactions</i>).	69
Sensación confusa (<i>unclear felt sense</i>).....	70
Divisiones internas que provocan conflicto (<i>conflict split</i>).....	70
Asuntos inconclusos (<i>unfinished business</i>).....	70
ANÁLISIS DE DATOS	72
Análisis de resultados cuantitativos	72
SCL-90-R.	72
Pre intervención.....	72
Post intervención.	73
Inventario de alianza terapéutica (WAI).	75
Análisis de resultados cualitativos	76
Reacciones problemáticas (<i>problematic reactions</i>).	76
Sensación confusa (<i>unclear felt-sense</i>).	80
Divisiones internas que provocan conflicto (<i>conflict split</i>).....	84
Asuntos inconclusos (<i>unfinished business</i>).....	88
Importancia del estudio.....	90
Resumen de experiencia y sesgos del autor	91
CONCLUSIONES.....	92
Respuesta a la pregunta de investigación	92
Discusión	93
Limitaciones del estudio	95
Recomendaciones para futuros casos, estudios e intervenciones	96
Resumen general.....	96
REFERENCIAS	101
ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	105
ANEXO B: SCL-90-R.....	106
ANEXO C: INVENTARIO DE ALIANZA TERAPÉUTICA WAI	109

TABLAS

Tabla 1. Valores T de acuerdo a las evaluaciones del SCL-90-R	74
Tabla 2. Valores obtenidos de acuerdo a las evaluaciones del WAI realizadas	75

FIGURAS

Figura 1. Variaciones de los valores T	74
Figura 2. Variación de valores WAI.....	76

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Datos de identificación

A consulta se presenta un hombre al que llamaremos Francisco (nombre ficticio), por motivo de confidencialidad. El cliente es de nacionalidad ecuatoriana, en una edad comprendida entre los 30 y 40 años. Su nivel educativo es de postgrado y ha fundado hace poco tiempo su propia empresa. Además se desempeña como docente universitario. El cliente se encuentra casado desde hace varios años con Mariana (nombre ficticio). Tienen dos hijos menores de cinco años. Las sesiones son realizadas en los consultorios asignados por el departamento de psicología de la Universidad San Francisco de Quito.

Antecedentes

Por medio del material publicitario anunciado en las redes sociales, Francisco se informa del servicio terapéutico ofrecido en la Universidad San Francisco de Quito. Junto con su esposa deciden acudir a terapia individual, para más adelante optar por terapia de pareja. El cliente solicita la atención psicológica a través del departamento de psicología de la Universidad San Francisco de Quito. Al iniciar el proceso terapéutico se aplicó el Inventario de Síntomas SCL-90-R.

El problema

El cliente acude a terapia porque requiere ayuda profesional para controlar sus emociones y reacciones negativas que mantiene con su esposa ante la presencia de algún desacuerdo. Francisco siente que está perdiendo el control de la situación y de sí mismo. Refiere que en las discusiones que mantiene con Mariana no puede controlar su ira, se presenta como una persona explosiva y volátil. Antes se percibía como un hombre paciente y comprensivo, pero desde hace aproximadamente un año, tiempo en el que inició un negocio propio, la relación que mantenía con su esposa se transformó en una relación

conflictiva. Al momento del inicio del proceso terapéutico la situación de la pareja se ha complicado, debido a que Francisco tiene que tomar la decisión de ausentarse de su hogar por un período largo de tiempo, por motivo de trabajo.

A pesar de que la problemática expuesta anteriormente no se relaciona con sintomatología clínica, es relevante indicar que los conflictos que presenta el cliente tienen igual importancia para el trabajo sicoterapéutico. Las causas de la presencia de conflictos interpersonales pueden variar, dependen del contexto, el entorno, las situaciones estresantes y las características personales de cada individuo. En el caso específico de este estudio, Francisco presenta una dificultad en el manejo y el control de sus emociones y por este motivo tiene problemas con su esposa.

El presente estudio de caso es importante porque expone una problemática frecuente que se presenta en consulta. La falta de control de los estados emocionales conlleva a que las personas presenten conflictos con otros, debido a aspectos internos del individuo que no han sido solucionados. Actualmente, se ha demostrado que las emociones así como las conductas, los pensamientos, el entorno y el cuerpo también son parte integral de cada individuo. Por este motivo el trabajo con las emociones es fundamental en el trabajo sicoterapéutico.

Historia familiar

Como resultado de las constantes peleas entre Francisco y Mariana, la pareja se ha distanciado. Francisco dedica más horas del día a sus múltiples actividades laborales. De igual manera, durante la noche no comparte la habitación con su esposa, dedicando ese tiempo a trabajar. Evita hablar con Mariana de sus sentimientos y pensamientos, porque siente que no es validado. Además existen problemas de comunicación en la pareja lo que conlleva a la pérdida del control de la situación. Por otro lado, los niños también se ven

afectados por los conflictos entre Francisco y Mariana. La hija mayor llora constantemente, gran parte del tiempo se rehúsa a hacer lo que su madre le pide, comparándola siempre con su padre. El niño pequeño presente problemas para conciliar y mantener el sueño. Francisco indica que percibe que sus hijos se sienten ansiosos y siempre están a la expectativa del comportamiento de sus padres.

Existen tres aspectos relevantes que inician el conflicto entre Francisco y Mariana. Uno de los más importantes es la falta de tiempo de Francisco debido a sus múltiples actividades laborales. En estas actividades se incluye administrar su empresa, el trabajo como profesor universitario y varias asesorías a otras compañías. De igual forma, otro tema que inicia el conflicto es la economía del hogar. Las actividades laborales que realiza Francisco, exigen un desembolso considerable de dinero. En la mayoría de ocasiones este dinero se extrae de las cuentas personales destinadas al hogar. Esto conlleva a que la familia presente problemas financieros. Finalmente, otro aspecto es el negativismo que presenta Mariana sobre cualquier decisión, actividad o sugerencia que propone Francisco.

Historia personal

Francisco es el primero de tres hermanos. Sus padres tenían una relación estable enfocada en la unión familiar y el amor de pareja. Fue criado en un ambiente espiritual, de respeto y colaboración entre los miembros de la familia. En su adolescencia Francisco se dio cuenta de que su madre le protegía demasiado, no le dejaba asistir a eventos sociales como los demás muchachos de su edad y siempre se encontraba controlando cada uno de sus pasos. Además, el cliente sentía que sus emociones y sus necesidades no eran validadas, tampoco podía tomar decisiones por su cuenta. En esta misma época, su madre fue diagnosticada con una enfermedad grave, por lo que la familia tuvo que vender sus propiedades para afrontar los gastos del tratamiento. Junto a sus hermanos, Francisco tuvo

que hacerse cargo de los aspectos relacionados al hogar, mientras su padre trabajaba y su madre se encontraba internada en el hospital. El cliente refiere que fue una época difícil que le obligó a crecer y a adquirir responsabilidades de un adulto a temprana edad.

Cuando Francisco ingresó a la universidad se enfrentó a un mundo totalmente desconocido para él. Comenzó a asistir a fiestas, consumir alcohol y otra clase de drogas. Sentía que su madre le había coartado la libertad de experimentar lo que todo adolescente tiene que vivir. En el transcurso de este tiempo, Francisco conoce a Mariana, quien sería su primera y única novia. Luego de un tiempo deciden contraer matrimonio.

Hace unos años los padres de Francisco deciden divorciarse después de un largo matrimonio. En este momento la percepción del cliente sobre la relación de pareja de sus padres se ve debilitada. Siente una gran decepción porque aparentemente sus padres se llevaban muy bien y no tenían ningún problema. Después de un tiempo su padre decide rehacer su vida mediante la unión libre con la hermana de su ex-esposa (tía de Francisco). El desconcierto de la familia fue evidente, pero de forma madura Francisco y sus hermanos decidieron apoyar a su padre en su nueva relación. Esta decisión provocó el alejamiento de su madre, porque considera que sus hijos apoyan más a su padre que a ella.

Actualmente, Francisco mantiene una excelente relación con su padre, se visitan casi todos los fines de semana, y a diario mantiene conversaciones telefónicas. Contrariamente, no ha hablado con su madre durante varios meses; sin embargo, cuando Francisco la busca ella evita cualquier tipo de contacto. De igual forma, no existe una buena relación entre Francisco y sus hermanos. El cliente indica que de niños compartían juegos e intereses, pero conforme pasaron los años las actividades como hermanos fueron disminuyendo. En este momento la relación que mantiene con ellos es distante. El contacto es mínimo, y únicamente se reúnen en el cumpleaños de su padre o cuando este se encuentra mal de salud.

Situación actual.

El cliente se encuentra atravesando un momento difícil con su pareja. Refiere sentirse triste por no haber encontrado una solución a sus conflictos conyugales. Tiene dificultad para hablar con su esposa, no sabe cuándo es el momento preciso para hacerlo y expresar sus necesidades. Cada vez que trata de iniciar una conversación con ella sus emociones negativas comienzan a escalar hasta llegar a manifestarse de forma agresiva, volátil y visceral, sin pensar en las consecuencias. Cuando presenta estas reacciones siente que su corazón palpita muy fuerte, le sudan las manos y aprieta los puños. Un año atrás, el cliente se mostraba como una persona calmada y razonable, a pesar de que internamente sentía lo opuesto. Con el paso del tiempo estas emociones acumuladas han surgido de forma explosiva fragmentando la relación. El cliente ha notado que la manifestación de estas reacciones ha aumentado en frecuencia e intensidad. Por tal motivo, trata de evitar el contacto con su esposa y solo hablan de aspectos relacionados con el negocio y el cuidado de los niños.

Al mismo tiempo, se encuentra atravesando por una etapa profesional y financiera difícil en la que tiene que tomar algunas decisiones importantes. Una de las decisiones que el cliente debe tomar, y que le generan una serie de conflictos internos es la de aceptar un nuevo desafío laboral de seis meses en otra ciudad. Está consciente que es una decisión que debe ser tomada con su esposa pero tiene miedo de aceptar la propuesta sin antes solucionar sus problemas de pareja.

Adicionalmente, las dificultades financieras por las que atraviesa la familia es una de las causas principales de la inestabilidad entre la pareja. Por este motivo, el cliente se ve presionado a aceptar diversos trabajos para solventar la economía del hogar.

Evaluaciones de la situación actual.

En base a las observaciones y a lo relatado por el cliente es posible indicar que Francisco presenta dificultades para ponerse en contacto, identificar, manejar y expresar sus emociones de una forma adecuada. Es posible inferir que emociones tales como la ira aparecen de forma constante provocando reacciones y acciones en Francisco, que van en contra de la paz y armonía de la pareja. De igual forma, el cliente presenta dificultades para tomar la decisión de aceptar o no una oferta laboral en otra ciudad, lo que le provoca estrés y angustia. También, fue posible identificar cierto malestar y tensión en el cliente al referirse a su madre. Adicionalmente, es importante indicar que el cliente ha demostrado facilidad para identificar ciertas sensaciones que experimenta su cuerpo al momento de confrontar a su esposa, tales como palpitaciones, sudoración en las manos y una sensación de calor que inicia en su estómago y sube hacia su cara.

Por otro lado, fue posible observar que Francisco tiende a evitar a su pareja cuando siente que va a presentarse un conflicto. Esta conducta es considerada una de las reacciones más comunes en las relaciones conflictivas de parejas. De esta manera, se puede considerar que estas conductas han provocado distanciamiento emocional y problemas comunicacionales entre los miembros que conforman la pareja. Adicionalmente, es importante indicar que en la primera sesión, Francisco ha planteado de forma clara los objetivos que desea alcanzar a través la terapia. En este sentido, se puede percibir que el cliente se presenta de forma sincera y comprometida con el proceso terapéutico.

Hipótesis

Una de las posibles causas que originaron el problema en Francisco podría ser la excesiva autoridad y control ejercido por la madre durante su etapa de la adolescencia. La realización de las actividades y la expresión de las emociones propias de esta etapa se vieron truncadas en este período de la vida del cliente. Además, de la imposibilidad de

tomar decisiones por su cuenta. Otra posible causa puede ser que Francisco se vio forzado a asumir responsabilidades y roles propia de un adulto debido a los problemas de salud que afrontó en esa época su madre.

Una posible solución al problema detectado en Francisco puede ser la utilización de la Terapia Focalizada en las Emociones, que permita al cliente adquirir la habilidad para contactarse con cada una de sus emociones para poder elaborarlas, expresarlas, entenderlas, brindarles un significado y descubrir las necesidades que surgen en torno a dichas emociones (Greenberg, 2011). De igual manera, es fundamental que el cliente construya una nueva narrativa coherente alrededor de estas emociones y la historia de su vida, de tal manera que brinde un significado diferente a las emociones experimentadas que le permitan tener una perspectiva diferente de su futuro (Angus y Greenberg, 2011). En consecuencia, a través de la aplicación de las técnicas basadas en la EFT Francisco podría mejorar la relación y la comunicación con su pareja.

Pregunta de investigación

Para el presente estudio de caso se ha planteado la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo y hasta qué punto el proceso terapéutico humanista focalizada en las emociones (EFT), permitirá que el cliente pueda identificar cada una de las emociones que surgen frente a diversas personas significativas de su vida, disminuir la expresión de ira particularmente al relacionarse con su esposa, adquiera la habilidad para expresar sus necesidades y entender las necesidades de su cónyuge, y como resultado mejorar la comunicación con su pareja?

Contexto y marco teórico

El presente estudio de caso será analizado mediante un enfoque psicológico que se encuentra dentro de la terapia humanista, la Terapia Focalizada en la Emoción, Emotion-

Focused Therapy (EFT). La Terapia Focalizada en la Emoción plantea que las emociones tienen la capacidad de adaptarse ayudando a los clientes a transformar dichos estados emocionales que causan conflictos mediante la exploración, contacto y reconocimiento de las mismas (Greenberg, Elliott y Pos, 2009). Este enfoque fue aplicado a Francisco, un cliente que muestra dificultad en el control, manejo y expresión de sus emociones asociados con problemas en su relación de pareja.

El propósito del estudio.

Las expectativas que se tiene sobre este estudio de caso es que a través de las técnicas utilizadas en la Terapia Focalizada en las Emociones (EFT), el cliente adquirirá la habilidad para contactarse con cada una de las emociones experimentadas. De esta manera, Francisco conseguirá identificar, expresar, entender, brindar un significado y descubrir las necesidades que surgen en relación a estas emociones (Greenberg, 2011). Como resultado, Francisco podrá crear una narrativa coherente alrededor de sus emociones y su historia de vida, que le permita dar un nuevo significado a su experiencia y la oportunidad de construir un futuro diferente (Angus y Greenberg, 2011). Finalmente, se aspira que mediante el trabajo terapéutico enfocado en las emociones, el cliente pueda expresar sus necesidades y entender las necesidades de su esposa, mejorando la calidad en la comunicación y por consiguiente su relación de pareja.

El significado del estudio.

Este estudio puede ser beneficioso para otros estudiantes de psicología clínica que estén interesados en conocer la eficacia de la Terapia Focalizada en la Emoción en un cliente que tiene problemas en el manejo de su ira lo que dificulta la relación con su pareja. De igual forma, podría ser útil para personas que deseen conocer métodos para ponerse en contacto con sus emociones de tal manera que puedan identificarlas, expresarlas,

entenderlas, brindarles un significado y descubrir las necesidades que surgen en relación a estas emociones (Greenberg, 2011). De esta manera, la persona podrá construir una narrativa congruente en relación a sus emociones y a su historia personal, que le permita dar un nuevo significado a sus vivencias y le brinde la oportunidad de imaginar un futuro con mejores posibilidades (Angus y Greenberg, 2011). Este estudio es único, ya que relaciona la dificultad del manejo de las emociones con la presencia de problemas matrimoniales entre el cliente y su esposa.

Es importante estudiar a profundidad los procesos de cambio que ocurren en los clientes como resultado de las intervenciones que realizan los terapeutas en base a los modelos teóricos utilizados en terapia. De esta forma, es posible aportar a la investigación acerca de la eficacia terapéutica que busca descubrir qué y cómo funciona la terapia (Elliott, 2008).

Definición de términos

Terapia Focalizada en la Emoción (Emotion-focused Therapy EFT).- Este enfoque terapéutico forma parte de la terapia humanista. La Terapia Focalizada en la Emoción refiere que toda emoción tiene la capacidad de adaptarse, si esta se encuentra activada, puede transformar los estados emocionales o experiencias que causan dificultad en los clientes (Greenberg, 2011).

Cliente.- Término desarrollado por Carl Rogers. Se refiere a la persona que ingresa a terapia y que tiene la responsabilidad y libertad sobre el proceso terapéutico de forma activa (Rogers, 2012). El cliente siente la necesidad de realizar un cambio que no puede hacerlos por si solo y requiere la ayuda de un profesional (Santibáñez, Román y Vinet, 2009).

Alianza terapéutica.- Se refiere a la relación que existe entre el cliente y el terapeuta. El terapeuta se encarga de brindar soporte, comprensión y afirmación hacia el cliente (Elliott, 2008).

Self (el sí mismo).- Se refiere a cómo la persona se percibe a sí misma (Walson y Stanley, 2008). El sí mismo está conformado por las actitudes y creencias que el sujeto tiene sobre él. Contiene un conjunto de imágenes, juicios, impresiones, representaciones mentales, características físicas e intelectuales, habilidades y deficiencias, así como aspectos sociales y morales del sujeto (Rey, 2005). Por otro lado, también se hace referencia a la percepción de las personas sobre los demás, cuan parecidos o diferentes son y si es posible convertirse en lo que se quiere llegar a ser (Reeve, 2010).

Validación.- Se define cómo la capacidad de reconocer y confirmar la experiencia del cliente (Greenberg, 2011).

Emoción.- Se refiere a la actividad psicofisiológico en respuesta a un estímulo sea este interno o externo que contribuye a que la persona pueda adaptarse a las oportunidades y desafíos que enfrenta en los momentos importantes de su vida (Reeve, 2010). Las emociones se encuentran ligadas a las necesidades más esenciales del ser humano. De igual forma las emociones alertan, preparan y guían a las personas sobre las situaciones significativas, para que se puedan llevar a cabo acciones positivas para su bienestar (Greenberg y cols., 2009).

De acuerdo a Greenberg (2011), las emociones se clasifican en emociones primarias adaptativas, emociones primarias desadaptativas, emociones secundarias y emociones instrumentales. Las emociones primarias adaptativas son definidas como emociones básicas. Son respuestas esenciales que aparecen inmediatamente ante alguna situación, ayudando a que la persona tome acciones de forma correcta y consistente. Estas emociones responden ante un evento presente y conlleva a que la persona actúe en

respuesta para satisfacer sus necesidades. Una vez que la persona ha afrontado esta situación la emoción desaparece.

De igual manera, las emociones primarias desadaptativas también son emociones básicas que aparecen de forma rápida. Sin embargo, estas emociones obstruyen el funcionamiento efectivo de la persona, dando como resultado la aparición de comportamientos incorrectos e incongruentes ante la presencia de alguna situación. A pesar de que estas emociones también se activan ante un evento actual responden ante una situación del pasado que causa malestar en la persona (Greenberg, 2011).

Por otro lado, las emociones secundarias se presentan como consecuencia de la aparición de otra emoción cuando la primaria no es aceptada. Estas emociones aparecen cuando la persona no se conecta con sus necesidades reales ocultando de esta manera sus verdaderos sentimientos. Las emociones secundarias tienen relación con la imagen que el individuo tiene sobre sí mismo (Greenberg, 2011).

Finalmente, la emoción instrumental se formula conscientemente y de manera automática con el fin de alcanzar un objetivo. Es decir, que detrás de esas emociones existe una intención. Estas emociones son poco saludables (Greenberg, 2011).

Empatía.- Se refiere a la capacidad que tiene la persona para ponerse en lugar de otro sujeto. Es decir, la capacidad para adentrarse en el mundo del individuo, con el objetivo de sintonizar con las emociones que está vivenciando la otra persona (Greenberg, 2011).

Asuntos inconclusos (*unfinished business*).- Se refiere a una sensación negativa o de malestar hacia otro individuo, o frente a una situación a la que no se le ha dado un cierre saludable. Causa incomodidad en varios grados, por tal motivo interfiere con el adecuado funcionamiento de la persona (Masquelier, 2015).

Reflejo.- Es una técnica desarrollada por Carl Rogers. El terapeuta escucha al cliente y este le devuelve la información de igual forma poniendo atención las emociones e ideas importantes que se encuentran detrás de estas palabras. De esta forma el cliente se siente escuchado y comprendido (Duque, 2010).

Silla vacía.- Es una técnica que se utiliza para entablar un diálogo entre el cliente y una situación en particular, un aspecto de su personalidad o con otra persona, que en este caso estaría ausente (Martínez y Dropf, 2008).

Doble silla.- Es una técnica que permite entablar un diálogo entre las partes del *self*. Por lo general una parte del *self* se presenta de forma crítica y dominante sobre la otra parte del *self* (Greenberg, 2010).

Imaginería (*evocative unfolding*).- Es una técnica de imaginación guiada utilizada en sicoterapia que permite representar y expresar las emociones a través de la evocación de recuerdos, imágenes, vivencias o sensaciones. Las imágenes almacenan información obtenida a través del tiempo sobre las experiencias de la persona (Romero, Ayuso y Aguilar, 2013).

Focusing.- Es una técnica que sirve para acceder a la experiencia significativa que vive el cuerpo. Es decir, se enfoca en la exploración de las sensaciones sentidas por el cuerpo, con el objetivo de reconocer las emociones que se encuentran detrás de estas sensaciones (Greenberg, 2011). De acuerdo a Gendlin (2012), es una experiencia física interna que no se la puede considerar como una emoción, pero que sí puede abarcar emociones que se dan como consecuencia de una vivencia o situación con la que no se ha trabajado emocionalmente.

Narrativa.- Se refiere a las estructuras o patrones que las personas utilizan para contar historias (Bamberg, 2006; Freeman, 2006, citado en Domínguez y Herrera, 2013). La narrativa es el proceso por el cual la persona da un significado a su experiencia a través

del lenguaje. La narrativa es importante en el proceso terapéutico ya que permite al cliente expresar y transmitir sus emociones y experiencias (Angus y Greenberg, 2011).

Presunciones del autor del estudio

En referencia a este estudio de caso se presume lo siguiente:

- Se espera que el cliente responda con la mayor sinceridad a los cuestionarios administrados.
- Se espera que el cliente se muestre de forma genuina dentro de las sesiones terapéuticas.
- Se infiere que existirá una buena alianza terapéutica.
- Se presume que el cliente confía que el proceso psicológico es beneficioso para mejorar la relación con su pareja.
- Existe la presunción que el cliente se encuentra dispuesto a colaborar y realizar los ejercicios solicitados.

Supuestos del estudio

Tomar consciencia sobre las emociones primarias desadaptativas, es beneficioso para el cliente porque involucra el afrontamiento hacia el problema presentado. Es decir, permite que el cliente se involucre con las emociones que está experimentando, abriendo la puerta hacia la concientización de las mismas. Identificar las emociones desadaptativas y transformarlas por emociones positivas ayudará al cliente a controlar su estado de ánimo y a mejorar la comunicación con su esposa, por consiguiente su relación de pareja.

A continuación se encuentra la revisión de la literatura que sirvió como respaldo para la realización de este estudio de caso dividida en tres partes. En primer lugar se desarrollará una revisión sobre la teoría de la Psicología Humanista. Después se tratará específicamente aspectos relacionados con la Terapia Focalizada en la Emoción. En el

último tema se expondrán varios artículos de investigación acerca de la eficacia de la Terapia Focalizada en la Emoción. Los temas expuestos se han seleccionado de acuerdo a la problemática presentada por el cliente sobre el cual se desarrolla este estudio. Seguido se encuentra la explicación de la metodología de la intervención aplicada, así como el detalle de los resultados obtenidos, las conclusiones y discusión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes.

La información incluida en el presente trabajo se ha obtenido de diferentes tipos de recursos. Entre los libros más importantes se encuentran: *Emotion-focused therapy: Theories of psychotherapy series* de Greenberg (2011), *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method* de Gendlin (2012), *Working with narrative in emotion-focuses therapy: Changing stories, healing lives* de Angus y Greenberg (2011). Por otro lado, se ha investigado y citado varios artículos académicos encontrados en la base de datos EBSCO, JSTOR y Taylor & Francis Online, entre los más destacados se encuentran: *La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto* de Greenberg, Elliott y Pos (2009), *Terapia Focalizada en la Emoción: una síntesis clínica* de Greenberg (2010), *Learning Emotion-Focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change* de Elliott, Watson, Goldman y Greenberg (2004), *Research on humanistic-experiential psychotherapies* de Elliott, Watson, Greenberg, Timulak y Freire (2013).

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

Para la elaboración del presente trabajo de titulación se realizó un listado de los temas relevantes a ser tratados. A continuación se procedió a recopilar información de varios libros relacionados con la *Terapia Focalizada en la Emoción*. Los libros fueron obtenidos de la biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito. De igual forma, se utilizó textos que se adquirieron para el curso de terapia humanista. Posteriormente se buscó investigaciones y artículos de revistas especializadas en las bases de datos académicas proporcionadas por la Universidad San Francisco de Quito.

Formato de la revisión de la literatura

Para la realización de este trabajo se elaboró una lista de temas principales que se tratarán a continuación. Estos temas se encuentran incluidos dentro de tres categorías principales: Psicología Humanista, Terapia Focalizada en la Emoción y eficacia de la Terapia Focalizada en la Emoción. En la categoría de Psicología Humanista se encuentran los siguientes temas historia, concepto, principios, enfoques dentro de la psicología humanista y efectividad de la Terapia Humanista. En Terapia Focalizada en la Emoción se incluye antecedentes, la emoción en EFT, principios del cambio emocional, principios del tratamiento, narrativa en EFT, marcadores para la intervención EFT y herramientas en EFT. Finalmente en eficacia de la Terapia Focalizada en la Emoción se exponen varios artículos de interés en relación a la efectividad de este enfoque sicoterapéutico.

Tema 1. Psicología humanista.

Historia.

La constitución de esta rama de la psicología se origina en los primeros años de la década de los sesenta, en Estados Unidos, bajo la influencia de Abraham Maslow y Carl Rogers. “En esta misma época se fundó la American Association of Humanistic Psychology (nombre que fue cambiado en 1969 por el de Association for Humanistic Psychology), fundada por Abraham Maslow, Charlotte Bühler y Rollo May. Un año más tarde, apareció el primer número del Journal of Humanistic Psychology” (Zalbidea, Carpintero y Mayor, 1990, p. 37). El objetivo de la psicología humanista fue introducir una nueva forma de hacer psicología, que fuese diferente y que trascendiera las limitaciones y los vacíos dejados por las dos grandes fuerzas teóricas de la época, el psicoanálisis y el conductismo (Osorio, 2013).

Esta tercera fuerza, surgió como una alternativa otorgando preferencia a la experiencia de la persona, sus valores, intenciones y significado de la vida, contrariamente a lo establecido por el psicoanálisis y el conductismo (Zalbidea y cols., 1990). De acuerdo a Maslow y Rogers, el enfoque desarrollado por Freud, brinda una visión poco apropiada sobre el ser humano ya que no toma en cuenta otros aspectos importantes como las experiencias, necesidades, cualidades, afectividad y el significado que el cliente le da a cada una de ellas. Para Maslow, estos factores son de vital importancia en la realización del trabajo terapéutico y la recuperación del cliente (Osorio 2013; Zalbidea y cols., 1990). Por otro lado, en el psicoanálisis no se toma en cuenta la tendencia de la persona hacia encontrarse sana, por lo contrario, este enfoque brinda mayor importancia a las personalidades enfermas y poco saludables. Por último, el humanismo critica la orientación del psicoanálisis retenida en el pasado del cliente que conlleva a comprender el siquismo de la persona relacionándolo necesariamente con acontecimientos anteriores, que por lo general se sitúan en la infancia (Osorio, 2013).

Paralelamente, la crítica hacia el conductismo se basa en que en este enfoque no se ve a la persona como un ser integral, ni se toma en cuenta su naturaleza (Osorio, 2013). Sus constructos son enfocados principalmente hacia los comportamientos, lo que hace ver al sujeto como un muñeco mecanizado influenciado por los estímulos de su entorno (Osorio, 2013; Zalbidea y cols., 1990). También, el conductismo basa sus teorías en investigaciones efectuadas con animales, lo que provocó controversias, ya que el trabajo con estos seres no brinda una comprensión clara ni convincente sobre la experiencia, procesos y naturaleza del ser humano (Osorio, 2013).

La psicología humanista aparece como una alternativa diferente de las teorías aplicadas por el psicoanálisis y el conductismo (Osorio, 2013). De esta manera, el humanismo inspiró a la elaboración de otras terapias de gran importancia tales como le

Terapia focalizada en el cliente, la terapia Gestalt, la terapia experiencial, el *focusing* y la Terapia Focalizada en la Emoción (Greenberg, 2011). Los mayores exponentes de la psicología humanista fueron Abraham Maslow, Carl Rogers, Frederick Perls y Eugene Gendlin. En la actualidad sus representantes son Leslie Greenberg, Robert Elliott, Lynne Angus y Jeanne C. Watson (Schneider, Pierson y Bugental, 2014).

Concepto.

La psicología humanista es una corriente psicológica que tiene como objetivo obtener una visión completa del ser humano a través de los aspectos positivos de la persona (Schneider et al., 2014). Se encarga de fomentar las capacidades y potencialidades naturales del ser humano tales como la afectividad, el amor, la espontaneidad, la creatividad, el sí mismo, la autonomía, el humor, la naturalidad, la responsabilidad, la autonomía, la elección, la valoración, la gratificación de las necesidades, la libertad, la experiencia y las manifestaciones del cuerpo (Zalbidea y cols., 1990). De igual forma, esta corriente otorga valor al individuo, cree firmemente que el ser humano tiene la capacidad de crear nuevos significados y nuevas posibilidades para su vida, llegando así a la autorrealización (Bozarth, Zimring y Tausch, 2008).

Principios.

Entre los principios en los que se basa la psicología humanista se encuentra la tendencia de la persona por llegar a la autorrealización, el dinamismo, la unicidad, la capacidad de ser creativo, de razonar, de orientarse hacia valores, de construir proyectos de vida y asociarse con otras personas (Schneider et al., 2014). Cada uno de estos principios se presenta de forma detallada a continuación:

- 1) La persona se ve impulsada por una tendencia hacia la autorrealización, es decir, que de manera innata el ser humano tiende a crecer y desarrollar sus

capacidades (Schneider et al., 2014). “La autorrealización significa satisfacer adecuadamente las necesidades que se tiene y desarrollar cuando menos las capacidades latentes más significativas; capacidades y necesidades de índole física, emocional, intelectual, social, etc” (Cerda, 2012, p. 15). Así, que desde el interior el ser humano se ve impulsado por desarrollar ampliamente sus destrezas y aptitudes (Schneider et al., 2014).

- 2) El ser humano es dinámico, se refiere a que la persona no busca simplemente satisfacer sus necesidades, sino encontrar otras nuevas. El individuo cumple con sus propósitos, enfrenta los desafíos y concreta sus anhelos de forma continua (Cerda, 2012).
- 3) El ser humano es único y particular, es decir que la persona es insustituible e irrepetible (Osorio, 2013).
- 4) El ser humano es creativo, esto quiere decir que por naturaleza la persona se encuentra constantemente creando, inventando, transformando, haciendo las cosas de una forma diferente y única (Cerda, 2012).
- 5) El ser humano se encuentra dotado de razón y sabiduría (Cerda, 2012).
- 6) El ser humano se orienta por sistemas de valores, se refiere a que las conductas de la persona están guiadas no solo para satisfacer las necesidades e impulsos naturales, sino también por valores y creencias adquiridas en el transcurso de la vida (Cerda, 2012; Osorio, 2013).
- 7) El ser humano construye proyectos de vida, es decir que el individuo realiza planes de forma individual o en conjunto, se centran en sus objetivos actuando siempre con un propósito que se renueva permanentemente (Cerda, 2012).

- 8) El ser humano es capaz del encuentro con otros, se refiere a que la persona tiene de capacidad de crear vínculos, presentarse de forma auténtica, sincera, comprensiva y amorosa con los demás (Cerda, 2012).

Enfoques dentro de la psicología humanista.

Dentro de la corriente de la psicología humanista se encuentra la terapia centrada en el cliente, la terapia existencial, la terapia Gestalt, la terapia experiencial más conocida como *focusing*, y la Terapia Focalizada en la Emoción. A continuación se expondrán los principales constructos en los que se fundamentan estos enfoques.

Terapia centrada en el cliente.

La terapia centrada en el cliente fue desarrollada por Carl Rogers (Greenberg, 2011). Este enfoque indica que los conflictos del cliente se presentan cuando existe incongruencia entre el concepto que tiene el sujeto sobre sí mismo y la experiencia que está viviendo (Rogers, 2012). Es decir, que en algunos casos las emociones se presentan de forma disfuncional (visceral o fisiológica). Sin embargo, estas emociones no han sido simbolizadas de manera consciente, ya que su aparición podría ser considerada como un riesgo para la percepción que tiene la persona sobre sí mismo (Cooper, O'hara, Schmid y Bohart, 2012). Cuando se pierde la conexión de estas partes la persona tiende a sentirse ansiosa (Rogers, 2012).

Además, la terapia centrada en el cliente pone énfasis en la relación terapeuta-cliente. La relación que se crea entre estos dos personajes es determinante en el proceso terapéutico, por consiguiente influye en la recuperación del cliente (Cooper et al., 2012). De acuerdo a Rogers (2012), las características consideradas necesarias para crear una buena relación terapéutica son la aceptación incondicional positiva, la autenticidad y la empatía.

La aceptación incondicional positiva, se refiere a la capacidad que demuestra el terapeuta para aceptar a la persona como es, es decir con sus emociones y experiencias. Es importante que el terapeuta respete al cliente valorando su condición como ser único e irreplicable, mostrando su interés, apoyo y estima de forma sincera (Rogers, 2012; Cooper et al., 2012). De igual forma, la aceptación incondicional positiva se entiende como una atención cálida, genuina y comprensiva hacia el cliente, sin formular juicios sobre las emociones o experiencias de la persona. El objetivo es que el cliente pueda identificar y comprender sus procesos internos así como aceptar las experiencias vividas (Cooper et al., 2012).

De igual forma, la autenticidad se entiende como la capacidad del terapeuta para mostrarse de forma sincera sobre sus propios sentimientos y emociones. La autenticidad promueve la creación de confianza, además que permite un diálogo honesto y constructivo entre el cliente y el terapeuta (Rogers, 2012). Cuando la comunicación entre estos dos personajes es completamente abierta en relación a las emociones y actitudes, se potencia el crecimiento y la respuesta del cliente hacia el proceso terapéutico (Jiménez, 2005). “Una relación realista y espontánea producirá una profunda satisfacción en ambos y una profunda comunicación” (Jiménez, 2005, p 34).

La empatía se refiere a la capacidad del terapeuta para identificarse con el cliente (Cooper et al., 2012). Es decir, entrar en el mundo interior del cliente como si el terapeuta fuese él, de tal manera que logre entender exactamente sus emociones y experiencias de una forma real (Greenberg, 2011). La empatía abarca no solo factores emocionales, sino también factores cognoscitivos, ideas, creencias, experiencias, percepciones, etc. Cuando el terapeuta capta y acepta estos aspectos importantes de su cliente, este puede eliminar todos los prejuicios que tiene sobre la persona (Jiménez, 2005).

Finalmente, en la terapia centrada en el cliente quien dirige las sesiones es la misma persona. Es decir, que el terapeuta le ofrece confianza al cliente en su proceso de crecimiento, brindándole la oportunidad de decidir el curso que tomará la terapia (Jiménez, 2005). De acuerdo a Rogers (2012), el cliente conoce cuáles son sus dificultades principales, sus vivencias, sus emociones, sabe que es lo que le perturba y hacia a donde quiere dirigirse. Por tal motivo, dentro de este enfoque se utiliza el reflejo como técnica principal. Reflejar quiere decir reformular de forma clara y precisa lo que el cliente desea comunicar, excluyendo cualquier interpretación de parte del terapeuta. De igual forma, es importante que el terapeuta escuche con atención de manera que demuestre que está interesado y que ha comprendido el mensaje emitido por el cliente (Cooper et al., 2012).

Terapia existencial.

La terapia existencial brinda mayor importancia a la vida futura del cliente, por lo tanto ve a los individuos como seres impulsados por motivaciones y objetivos. De acuerdo a este enfoque, las personas son responsables de tomar decisiones entre varias posibilidades, así como de actuar de alguna forma tomando en cuenta su propia existencia. Igualmente, refiere que las personas tienen la capacidad natural de poder distinguir entre el bien y el mal (Greenberg, 2011).

Adicionalmente, la postura existencial refiere que las preocupaciones posibilitan al individuo a desarrollar ansiedad, por lo que el manejo de estas preocupaciones es parte principal en este tipo de terapia (Greenberg, 2011). El existencialismo mira las dificultades que surgen y provocan estrés y angustia en la persona como consecuencia de los conflictos encontrados por el mismo hecho de vivir, en lugar de verlos como indicadores de una enfermedad. Estas dificultades propias de los seres humanos son a su vez oportunidades de

crecimiento y desarrollo de los potenciales del individuo así como de descubrir una existencia más comprometida y reveladora (Castro, 2008).

Terapia Gestalt.

La terapia Gestalt fue desarrollada por Frederick Perls. Es una terapia vivencial cuyo objetivo es promover el contacto de la persona con su entorno mediante la comunicación genuina y efectiva entre el terapeuta y el cliente (Navis, 2014). Este enfoque refiere que las dificultades que presentan los seres humanos se manifiestan debido a la incongruencia que existe entre el concepto que tienen de sí mismo y la autorrealización (Greenberg, 2011). Este conflicto se presenta en el proceso de autorrealización, debido a la presión que siente el individuo por cumplir sus expectativas o las expectativas de otras personas, que son incongruentes con las necesidades, emociones y deseos propios (Greenberg, 2011).

Entre los conceptos fundamentales de la terapia Gestalt se encuentra la doctrina holística, el aquí y ahora, el darse cuenta y los asuntos inconclusos.

1. Holismo: holismo se refiere a percibir a la persona como un ser total. Es decir, que todo existe y alcanza un significado en un contexto determinado, en conjunto y no de forma aislada. La relación que existe entre la persona y su entorno determinará su comportamiento (Yontef, 2006).
2. Aquí y ahora: quiere decir el trabajo en el presente. Trabajar en el “aquí y ahora” permite entender, descubrir y tomar consciencia de que la experiencia vivida es real. Interesarse en el pasado o en el futuro es importante para la persona; sin embargo, esta distinción puede contaminar la posibilidad de una experiencia vivencial (Yontef, 2006).

3. Darse cuenta: se refiere al proceso individual propio de reflexión y unión con uno mismo. En otras palabras, es la capacidad de la persona para ponerse en contacto con sus emociones y percepciones relacionadas con sus vivencias (Navis, 2014).
4. Asuntos inconclusos: aparecen cuando un individuo presenta sensaciones negativas o de molestia hacia otra persona o situación y no encuentra una forma de resolver estas emociones. Estas sensaciones causan malestar e interfieren con el funcionamiento adecuado de la persona (Masquelier, 2015).

Entre los objetivos más destacados dentro de la terapia Gestalt es que el cliente acepte la responsabilidad de sus actos y aprenda a identificar sus emociones de forma que estas vivencias puedan ser concebidas como propias (Masquelier, 2015).

Focusing (terapia experiencial).

La terapia experiencial, más conocida como *focusing*, fue desarrollada por Eugene Gendlin. El *focusing* es una herramienta utilizada para acceder a las experiencias significativas presentes en el cuerpo (Greenberg, 2011). De esta manera la persona se pone en contacto con sus emociones, percepciones e impresiones desde una sensación corporal sentida. Esta sensación del cuerpo, que muchas veces se muestra de forma confusa e inespecífica se llama sensación sentida (Gendlin, 2012). Al inicio la sensación sentida se presenta de manera vaga comúnmente en la zona de la garganta, el pecho, estómago y abdomen. Estas sensaciones poseen cualidades emocionales, que al ser exploradas y reconocidas por el cliente pueden ser transformadas de forma positiva (Cornell, 2013).

Adicionalmente, el *focusing* tiene una serie de pasos que ayudan al cliente en su proceso de autoconocimiento (Cornell, 2013). El primer paso es despejar el espacio

(*clearing space*). Se pide al cliente que se relaje e indique cómo se siente, ayudando a que la persona se libere de todas sus dificultades e inquietudes, tomando distancia de los aspectos que le causan malestar. De igual forma, este paso permite divisar problemas que la persona ha estado experimentado y que no podido identificar (Cornell, 2013). En segundo lugar, se debe encontrar una sensación sentida (*felt sense*), en relación a la preocupación referida por el cliente.

Una vez identificada la sensación corporal sentida, se encuentra una imagen, un sonido, una palabra o frase que simbolice claramente la preocupación o problema que está experimentando el cliente, este paso es conocido como *handle* (Gendlin, 2012; Cornell, 2013). El cuarto paso se llama resonar (*resonating*), es decir que el terapeuta verifica que la imagen, sonido, palabra o frase simbolizada por el cliente, se ajusta de forma precisa a la sensación sentida (Cornell, 2013). Luego se realizan preguntas al cliente (*asking*), para saber que desea hacer con esta sensación sentida. Esta respuesta debe ser interiorizada y evocada por el cliente. Finalmente, el proceso se centra en la modificación de la sensación sentida, aceptar el cambio de la sensación (*receiving*), y en la liberación corporal experimentada por el cliente (*felt shift*) (Gendlin, 2012).

Los anteriores enfoques humanistas, terapia centrada en la persona, terapia experiencial, terapia Gestalt y terapia experiencial (*focusging*), han sido integrados dentro de la Terapia Focalizada en las Emociones (EFT). La Terapia Focalizada en la Emoción fue desarrollada por Leslie Greenberg en los años 90 y tiene como proceso fundamental el trabajo sicoterapéutico enfocado en las emociones. Esta postura refiere que las emociones tienen el potencial de adaptarse, por este motivo es posible transformar los estados emocionales en los clientes, mediante la exploración, identificación, regulación, reflexión y transformación de dichas emociones (Greenberg y cols., 2009). Las emociones son vistas como el eje principal para la recuperación de los clientes.

Por este motivo, Greenberg y sus colaboradores, Elliott, Angus y Watson, han desarrollado un método estructurado de la Terapia Focalizada en las Emociones que se basa en la conceptualización de caso, la definición de marcadores que guían al terapeuta en sus intervenciones y las tareas que realiza el cliente en terapia. La EFT tiene un balance entre “guiar” y “seguir” al cliente en su proceso terapéutico (Greenberg, 2011).

Efectividad de la terapia humanista.

El principal objetivo de Leslie Greenberg fue consolidar a la Terapia Humanista en el contexto de la investigación, por lo que en la actualidad es considerada una terapia basada en la evidencia. En este sentido en 2013, Elliot, Watson, Greenberg, Timulak y Freire realizaron un estudio de meta-análisis, *Research on Humanistic-Experiential Psychotherapies*, para determinar la efectividad de los diversos enfoques de la Terapia Humanista en los que se incluye la EFT. Los autores llegaron a las siguientes conclusiones. En primer lugar, se evidenció cambios significativamente mayores (pre y post intervención), en los clientes que recibieron Psicoterapia Humanista-Experiential (Humanistic-Experiential Psychotherapies HEP). Además, se observó que estos cambios se mantuvieron a largo plazo (más de un año). De igual forma, en los estudios controlados, los clientes que recibieron HEP, generalmente mostraron mejorías significativas que las personas que no recibieron terapia. Adicionalmente, en estudios comparativos la HEP, en general, es estadística y clínicamente equivalente en efectividad en comparación con otras terapias. Por último, la Terapia Cognitiva Conductual parece tener una ventaja mínima sobre la HEP.

Más allá de estas conclusiones generales, se ha discutido que la investigación existente es más que suficiente para garantizar valoraciones positivas de la Psicoterapia Humanista-Experiential en seis importantes poblaciones de clientes: depresión,

relación/conflictos interpersonales, ansiedad, afrontamiento de condiciones médicas crónicas, psicosis y mal uso de sustancias. Es importante indicar que las investigaciones realizadas aportan con la información necesaria para consolidar la efectividad de los diferentes enfoques de la Psicología Humanista.

Tema 2. Terapia focalizada en la emoción.

Antecedentes.

La Terapia Focalizada en la Emoción fue desarrollada por Leslie Greenberg. Este enfoque integra elementos de las prácticas de la terapia centrada en el cliente, la terapia existencial, la terapia Gestalt y el *focusing* o terapia experiencial (Greenberg y cols., 2009; Greenberg, 2011). En sus orígenes la EFT se llamaba terapia de proceso experiencial, mostrando la influencia del enfoque humanista experiencial (Greenberg y cols., 2009). De igual forma, la Terapia Focalizada en la Emoción fue utilizada para nombrar el enfoque de terapia de pareja (Greenberg y Johnson, 1988, citado en Greenberg y cols., 2009). De acuerdo a la EFT, la comprensión de la emoción es parte principal del funcionamiento de la persona y del proceso terapéutico. Adicionalmente, la emoción es importante en la experiencia adaptativa o desadaptativa del *self*, e influye de forma directa en el cambio sicoterapéutico. Por este motivo, hacia finales de los años 90, cambia su nombre por el de Terapia Focalizada en la Emoción (Emotion-focused Therapy EFT), que es aplicada en terapia individual y en la terapia de pareja (Greenberg y cols., 2009).

De acuerdo a este enfoque, la falta de contacto, el manejo, la evitación y negación de las emociones provocan malestar y dificultades en el funcionamiento de la persona debido a traumas generados en el pasado (Greenberg y cols., 2009). En este sentido, el primer paso para identificar el origen de los problemas es ponerse en contacto con las emociones. Una vez que el cliente toma conciencia sobre lo que está experimentando, se encuentra en la capacidad de aceptar, controlar, transformar y brindar un concepto nuevo y

diferente a la emoción. Como resultado de este proceso, el cliente sentirá que tiene mayor autocontrol y podrá manejarse de mejor manera consigo mismo y con los demás (Greenberg, 2011).

Igualmente, para Greenberg (2011), las emociones se vinculan de forma directa con el ambiente en el que se desenvuelve la persona. Es decir, que las emociones experimentadas no solo forman parte del mundo interior del individuo, también influyen en las acciones y comportamientos demostrados por la persona hacia su entorno. La Terapia Focalizada en la Emoción concibe a la persona como un sistema integral influenciado por varios factores internos y externos.

Adicionalmente, según la EFT las emociones son parte indispensable en la construcción del *self*, por este motivo la persona busca constantemente dar un sentido a la emoción que está sintiendo. A través de la validación de los estados emocionales experimentados por el cliente, el terapeuta EFT contribuye en el proceso de tomar conciencia, aceptar y dar un sentido a dichas emociones. Para la Terapia Focalizada en la Emoción es importante que la persona pueda regular sus emociones brindándoles un nuevo significado, aportando de esta manera al surgimiento de un *self* más fortalecido (Greenberg, 2011).

La emoción en EFT.

Es posible describir a la emoción como un proceso cerebral que se produce de forma natural en los seres humanos y que se distinguen de los pensamientos (Greenberg, 2011). El sistema límbico es el encargado de operar las respuestas fisiológicas frente a estímulos emocionales básicos, de esta manera participa activamente en el manejo y expresión de las emociones. Al igual que el sistema límbico, la amígdala se encuentra estrechamente vinculada con las emociones. La amígdala es la encargada de procesar y

almacenar recuerdos de sucesos emocionales pasados, además de participar en las respuestas emocionales del presente (Burgdorf y Panksepp, 2006). En este sentido, la amígdala envía señales cerebrales a otras partes del cuerpo que provocan una respuesta física (Greenberg, 2011). Adicionalmente, el neo-córtex juega un papel importante en el control y la producción de los estados emocionales influenciados por los pensamientos (Burgdorf y Panksepp, 2006).

De acuerdo a la EFT, las emociones tienen el potencial de adaptarse de forma natural, siempre y cuando el individuo se encuentre en contacto con ellas. De esta manera puede transformar los estados emocionales o experiencias no deseadas que causan problemas (Greenberg, Elliott y Pos, 2009). Las emociones han evolucionado en el ser humano para ayudar a las personas adaptarse al ambiente que le rodea. Las emociones se encuentran ligadas estrechamente con las necesidades humanas. Por tanto, las emociones alertan, preparan y guían a las personas sobre las situaciones importantes, para que pueda tomar acciones que permitan concretar estas necesidades (Greenberg y cols., 2009).

Las emociones primarias adaptativas son importantes para el funcionamiento de la persona. Se presentan como respuestas rápidas que aparecen frente a alguna situación y que ayudan al individuo a tomar acciones de forma congruente. Estas emociones son de fácil acceso tanto para el cliente como para el terapeuta. Por este motivo, la emoción es importante para el proceso terapéutico en la EFT, porque sirve como guía para explorar los aspectos relevantes del cliente, así como para identificar las necesidades que no están siendo satisfechas y cuales sí lo están. Es decir, la emoción permite explorar y reconocer las necesidades, aspiraciones y objetivos de la persona. Igualmente, la emoción ayuda a identificar y evaluar las situaciones para el bienestar del sujeto. De esta manera, la persona puede prepararse y reaccionar de forma adaptativa a eventos inesperados, así como asimilar nuevas experiencias (Greenberg, 2011).

Esquemas emocionales.

Los esquemas emocionales son representaciones internas creadas en base a la experiencia de la persona. Estos esquemas se van construyendo a lo largo de la vida y determinan la percepción que el individuo tiene de sí mismo y de los demás. “Los esquemas emocionales son redes internas, idiosincrásicas e implícitas de la experiencia humana que sirven como base de la auto-organización, incluyendo la conciencia, la acción y la identidad” (Greenberg y Pavio 1997, citado en Greenberg y cols., 2009, p. 32). Pueden incluir una serie de elementos afectivos, corporales, situacionales, conductuales y conceptuales, así como necesidades y tendencia a la acción. De igual forma, es posible que los esquemas emocionales ejerzan influencia en la memoria. Las dificultades se presentan cuando los esquemas emocionales se convierten en disfuncionales, debido a la presencia de un evento traumático y/o cuando no se han simbolizado o tomado conciencia de la presencia de uno o más esquemas emocionales (Greenberg y cols., 2009). De acuerdo a Greenberg (2011), estos esquemas son parte importante en las respuestas emocionales que se activan de forma automática y que producen diferentes reacciones en las personas.

Principios del cambio emocional.

El elemento principal en el cambio sicoterapéutico es el procesamiento de los estados emocionales y el surgimiento de dar sentido a las emociones. En la Terapia Focalizada en las Emociones el tomar conciencia, expresar, regular, reflexionar y transformar las emociones son procesos fundamentales que generan cambio en el cliente (Greenberg y cols., 2009).

Tomar conciencia.

“Tomar conciencia de las emociones y simbolizar la experiencia de los estados emocionales en palabras brinda el acceso a información adaptativa y a la tendencia de la

acción que hay en la emoción” (Greenberg y cols., 2009, p. 25). Cuando la emoción se ha sentido, la articulación mediante la expresión oral ocurre de forma natural, siendo este un elemento importante en el proceso de concientización (Greenberg, 2004).

Adicionalmente, el terapeuta es visto como un instrumento que ayuda al cliente en el proceso de acceder, simbolizar y aceptar las emociones que está experimentando. La aceptación, contraria a la negación o la evitación, es uno de los pasos más importantes en la toma de conciencia (Greenberg, 2004). Una vez que el cliente acepta y da significado a la emoción experimentada, puede identificar sus objetivos y necesidades, así como sus preocupaciones que le impiden expresar la emoción (Greenberg y cols., 2009).

Expresar.

La expresión emocional se refiere al afrontamiento de las emociones coartadas que generan dolor y malestar en el cliente. El enfrentar estas emociones ayuda a entender y a aclarar inquietudes y preocupaciones, así como promover el que la persona alcance sus metas (Greenberg y cols., 2009). El ser humano tiende a evitar la expresión de emociones dolorosas. En terapia se impulsa a que el cliente supere esta evitación y pueda acercarse a estas emociones que le generan malestar atendiendo a su experiencia corporal en pequeños pasos (Greenberg, 2004).

Regular.

La regulación de las emociones quiere decir ayudar a que el cliente adquiera la habilidad para tolerar y validar sus emociones (Greenberg, 2011). Es importante que la persona pueda identificar y nombrar las emociones, tolerar emociones negativas, incrementar las emociones positivas, reducir la vulnerabilidad frente al surgimiento de emociones negativas, respirar y auto-calmarse (Greenberg y cols., 2009). Promover la capacidad en el cliente para recibir y ser compasivo con su experiencia emocional

dolorosa, es el primer paso para ayudar a que tolere su emoción, pueda relajarse, desarrolle compasión por sí mismo y pueda reflexionar sobre su estado emocional. De igual forma, el terapeuta debe brindar un ambiente cálido, de apoyo y empatía que valide la aparición de estas emociones ayudando de esta manera en el fortalecimiento del *self* (Greenberg, 2011).

Reflexionar.

La reflexión sobre las emociones vividas permite que el cliente encuentre un sentido a su experiencia emocional. De esta forma, la reflexión ayuda a que el cliente genere un nuevo significado, promueve la asimilación de la emoción y desarrollar una nueva narrativa que explique la experiencia vivida (Greenberg y cols., 2009).

Transformar.

Transformar la emoción se refiere a modificar las emociones desadaptativas, anulándolas o activando estados emocionales más adaptativos. Es decir, cambiar una emoción que genera dificultades por una emoción más fuerte y funcional. Cuando se ha accedido a la emoción alterna, se anula o cambia el estado original (emoción desadaptativa), creando un nuevo estado emocional (emoción adaptativa) (Greenberg y cols., 2009).

Principios del tratamiento.

Para realizar un proceso terapéutico exitoso para el cliente, existen dos principios fundamentales que permiten llevarlo a cabo. El principio de relación y el principio de tarea. La Terapia Focalizada en la Emoción pone énfasis en la creación de la relación terapéutica así como en el desarrollo óptimo del trabajo sicoterapéutico (Greenberg y cols., 2009).

El principio de relación se desarrolla a través de la construcción de una relación basada en la empatía, respeto, sensibilidad y sinceridad (Greenberg y cols., 2009). Dentro

de este principio se incluye la sensibilidad empática, el vínculo terapéutico y la colaboración en la tarea (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). La sensibilidad empática se refiere a la capacidad del terapeuta para ingresar, explorar y seguir la pista de la experiencia emocional instantánea del cliente. Es decir entrar en contacto con la emoción, resonar y captar los aspectos más importante en la experiencia del cliente (Elliott, et al., 2004). El vínculo terapéutico implica la aceptación incondicional positiva, la autenticidad y la empatía (Angus y Greenberg, 2011). La colaboración en la tarea hace referencia al compromiso que se tiene hacia la tarea y los objetivos marcados dentro de la terapia (Elliott et al., 2004).

Igualmente, “el principio de la tarea se basa en la suposición de que los seres humanos son organismos activos, propositivos, con una necesidad innata de exploración y control de su medio ambiente” (Greenberg y cols., 2009, p. 30). En este sentido, el terapeuta ayuda a resolver las dificultades internas del cliente en relación a su estado emocional, mediante el trabajo activo de tareas direccionadas al cumplimiento de las metas personales. En este principio se incluye el procesamiento experiencial, el foco en el completamiento de tareas y el auto-desarrollo. El procesamiento experiencial se refiere al apoyo del terapeuta en relación al trabajo y las tareas que se presentan de forma diferente y en varios momentos. Foco en el completamiento de tareas quiere decir focalizar y desarrollar la habilidad del cliente para completar las tareas claves de la terapia. El auto-desarrollo permite que el cliente fomente su responsabilidad y logre empoderarse de sus experiencias (Greenberg y cols., 2009; Elliott et al., 2004).

Narrativa en EFT.

En 1986, Sarbin (citado en Angus y Greenberg, 2011), manifestó que las historias relatadas por las personas se encuentran estrechamente ligadas con las emociones. Observó

que estas historias, al ser contadas, ayudaban a los individuos a encontrar un significado a las emociones experimentadas. De igual forma, reveló que a través de la narrativa es posible dar sentido a un suceso o experiencia.

Según Angus y Greenberg (2011), la narrativa es el proceso por el cual la persona da un significado a su experiencia a través del lenguaje. La narrativa es importante en el proceso terapéutico ya que permite al cliente expresar y transmitir sus emociones y experiencias. Cuando la persona se convierte en el narrador de su historia, puede enfocarse en determinadas partes del pasado, brindando la oportunidad de imaginar un futuro con mejores posibilidades.

De acuerdo a la Terapia Focalizada en la Emoción es importante que el cliente adquiera la habilidad para explorar, identificar y aceptar las emociones que experimenta. Una vez realizado este proceso, es posible transformar las emociones desadaptativas en emociones más funcionales. De esta manera la persona podrá crear una nueva narrativa, por consiguiente permite la construcción de un *self* más fortalecido y brinda la oportunidad de que el cliente dé un significado a la emoción que está experimentado. Por estas razones, es posible indicar que existe un vínculo entre la emoción y la narrativa (Angus y Greenberg, 2011).

Existen cuatro fases necesarias para integrar al proceso de la narrativa en la terapia. Estas son: facilitar la unión del cliente-terapeuta y facilitar el despliegue de la narrativa con un despertar sobre la emoción sentida; facilitar la evocación, exploración y articulación de temas emocionales; facilitar la transformación de la emoción y el desarrollo de una nueva narrativa; y facilitar la consolidación y reconstrucción de la narrativa (Angus y Greenberg, 2011).

Fase 1: Facilitar la unión del cliente-terapeuta y facilitar el despliegue de la narrativa con un despertar sobre la emoción sentida.

En esta primera fase es importante generar empatía con el cliente. El terapeuta es el encargado de validar las emociones sentidas por la persona de tal manera que pueda tomar conciencia sobre estas experiencias. El trabajo es dirigido a explorar los recuerdos autobiográficos y las emociones que puede identificar el cliente. En las primeras sesiones el terapeuta mantiene una actitud de empatía y consideración positiva con el cliente, creando un ambiente seguro para la exploración y evocación de las emociones experimentadas por la persona. La comunicación narrativa es básica para el surgimiento de la aceptación en la relación terapéutica. Las dos partes desarrollan una relación empática y crean una alianza colaborativa para la construcción de una nueva narrativa en el cliente. De igual forma, el trabajo basado en las emociones y los recuerdos autobiográficos son favorables en el desarrollo de la confianza y el fortalecimiento de la alianza terapéutica (Angus y Greenberg, 2011).

Fase 2: Facilitar la evocación, exploración y articulación de temas emocionales.

En la segunda fase del proceso de la narrativa es importante que el terapeuta brinde el soporte hacia el surgimiento de las emociones experimentadas por el cliente, trabaje en base a las emociones problemáticas y facilite el acceso a las emociones primarias y los esquemas emocionales que causan disfunción y conflicto en el cliente. De igual forma, es indispensable que el cliente desarrolle la habilidad de regular sus emociones, confíe en sí mismo, y sea capaz de sobreponerse frente a la presencia de situaciones adversas y dolor emocional, es decir generar resiliencia (Angus y Greenberg, 2011).

Fase 3: Facilitar la transformación de la emoción y el desarrollo de una nueva narrativa.

En esta fase se ayuda a que el cliente pueda transformar sus estados emocionales brindándoles un nuevo significado, por consiguiente se cambia la narrativa de las experiencias que le producen dolor y malestar. En este sentido, es importante que se presente una transformación de las emociones, es decir que en lugar de que una emoción desadaptativa disminuya, se la cambia o convierte en una emoción más funcional. Al activarse la emoción adaptativa, se genera un cambio en la narrativa del cliente, de tal manera que la persona puede relatar su historia de una forma distinta y positiva produciendo una sensación de tranquilidad y comodidad (Angus y Greenberg, 2011).

Fase 4: Facilitar la consolidación y reconstrucción de la narrativa.

Esta fase se enfoca en el proceso de la reconstrucción de la narrativa y de la creación de un nuevo significado propio sobre la emoción experimentada. Igualmente, en esta fase a través de la narrativa, el cliente desarrolla la capacidad de identificar y relatar congruentemente la experiencia de forma real y efectiva. De igual forma, la consolidación de la narración es importante en esta etapa ya que permite que el cliente mantenga la nueva narración de forma permanente y que no existan retrocesos (Angus y Greenberg, 2011).

Marcadores para la intervención en EFT.

De acuerdo a Greenberg (2011), existen seis marcadores que indican que hay un conflicto y que es necesaria la intervención terapéutica, estos son: reacciones problemáticas, sensación confusa, divisiones internas que provocan conflicto, división auto-interruptora, asuntos inconclusos y vulnerabilidad.

1. Reacciones problemáticas (*problematic reactions*): se refiere a las reacciones emocionales o conductuales que se presentan de forma vaga en

el cliente. Este marcador revela la necesidad de explorar la experiencia emocional con el objetivo de incrementar la narrativa del cliente, así como encontrar el origen de esta reacción y aprender a manejarla (Greenberg y cols., 2009).

2. Sensación confusa (*unclear felt sense*): se refiere al surgimiento de una sensación que se presenta de forma confusa sobre alguna experiencia vivida por el cliente. La persona se encuentra en la superficie, se siente confundida e incapaz de tener una idea clara de su experiencia emocional (Greenberg, 2004).
3. Divisiones internas que provocan conflicto (*conflict split*): se presenta cuando un aspecto del *self* es crítica o coercitiva hacia el otro aspecto del *self* (Greenberg, 2004). Este conflicto interno provoca molestias en la persona que lo experimenta. Por lo general, cuando se presenta este marcador se utiliza el ejercicio de la doble silla (Greenberg y cols., 2009).
4. División auto-interruptora: se presenta cuando una parte del *self* trata de impedir el surgimiento y la expresión de las emociones (Greenberg y cols., 2009).
5. Asuntos inconclusos (*unfinished business*): hace referencia a una sensación de incomodidad y malestar hacia otra persona o situación por algún asunto que se encuentra pendiente de resolver (Masquelier, 2015). Cuando se presente este marcador se aplica un el ejercicio de silla vacía.
6. Vulnerabilidad (*vulnerability*): es un estado en el que el *self* se siente frágil, profundamente avergonzado o inseguro (Greenberg, 2004).

Herramientas en EFT.

Las técnicas de la Terapia Focalizada en la Emoción utilizadas durante el proceso terapéutico varían dependiendo del cliente y de la dificultad presentada. Por medio de los marcadores, el terapeuta puede identificar qué ejercicio aplicar en tal o cual situación. Las técnicas utilizadas en EFT, descritas a continuación, son el resultado de muchos años de investigación de los representantes de los diferentes enfoques de la psicología humanista (Greenberg, 2011).

1. Doble silla: este ejercicio permite fomentar en el cliente un diálogo entre los aspectos del *self*, un aspecto expresado mientras se encuentra en la silla y el otro expresado mientras está sentado en la otra silla (Greenberg, 2010). Esta técnica se utiliza ante la presencia del marcador divisiones internas que provocan conflicto (*conflict split*). Cuando el terapeuta percibe que el cliente experimenta una división entre dos partes opuestas del *self*, una de las cuales se presenta de forma crítica y dominante, se puede pedir iniciar un diálogo de doble silla (Greenberg, 2010). Las dos partes mantienen una conversación que ayuda a que el cliente entienda cómo la parte dominante afecta sus emociones y como resultado desarrolla estrategias para protegerse de ella. De igual forma, esta técnica permite identificar cuáles son las necesidades que no están siendo satisfechas por la presencia de la otra parte (Angus y Greenberg, 2011).
2. Silla vacía: esta técnica fue adquirida por la EFT de la terapia Gestalt. Este ejercicio es usado para entablar un diálogo entre el cliente y una situación específica, o un aspecto de su personalidad o con otra persona (Martínez y Dropf, 2008). Se realiza un juego de roles en el que el cliente mantiene una confrontación con estos aspectos que le generan dolor y que de una u otra

forma han interrumpido o bloqueado su crecimiento personal. De esta manera, la silla vacía se presenta como una pantalla donde la persona proyecta su percepción de lo sucedido. El cliente relata e identifica sus emociones relacionadas con su experiencia, logra expresar y liberar su carga emocional. De igual forma, permite que el cliente tome conciencia del significado de la experiencia vivida, así de cómo estos acontecimientos han interferido en su desarrollo (Masquelier, 2015). Por lo general se hace uso de esta técnica cuando el terapeuta percibe que existe el marcador de asuntos inconclusos (*unfinished business*).

3. Centrarse en la sensación sentida (*focusing*): es una técnica desarrollada por Eugene Gendlin (*focusing*). Se refiere al reconocimiento de las emociones sentidas por el cuerpo. Esta sensación sentida muchas veces se presenta de forma confusa o dolorosa (Gendlin, 2012). El objetivo de esta técnica es que el cliente pueda explorar, reconocer y poner en palabras lo que está sintiendo físicamente, de tal manera que pueda modificar su experiencia de forma positiva (Cornell, 2013).
4. Indagar sobre el motivo de las reacciones problemáticas: se refiere a la auto-exploración por parte del cliente sobre el origen de sus reacciones problemáticas. La dificultad es relatada por el cliente ayudando de esta manera a descubrir la reacción emocional relacionada con el problema. Este proceso es posible mediante la utilización de la técnica de imagería (*evocative unfolding*) (Greenberg, 2011). La imagería se refiere al uso de imaginación guiada que permite representar y expresar las emociones a través de la evocación de recuerdos, imágenes, vivencias o sensaciones (Romero y cols., 2013).

Tema 3. Eficacia de la terapia focalizada en la emoción.

El tratamiento focalizado en las emociones ha sido apoyado empíricamente y respaldado por las teorías de la psicología moderna sobre el funcionamiento de las personas. La Terapia Focalizada en las Emociones ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la depresión, los trastornos relacionados a eventos traumáticos, problemas de pareja, conflictos interpersonales y la facilitación del perdón (Greenberg, 2010).

Entre los estudios relacionados al tratamiento de la depresión citados en este trabajo se encuentran los siguientes *The Effects of Adding Emotion-Focused Interventions to the Client-Centered Relationship Conditions in the Treatment of Depression*, *Comparing the Effectiveness of Process-Experiential with Cognitive-Behavioral Psychotherapy in the Treatment of Depression* y *The Efficacy of non-directive Supportive Therapy for Adult Depression: A Meta-analysis*.

En relación a la eficacia de la EFT para eventos traumáticos se presenta el estudio *Efficacy of Two Versions of Emotion-Focused Therapy for Resolving Child Abuse Trauma*. También se encuentran los siguientes estudios relacionados con la efectividad de la EFT para la resolución de problemas de pareja *The Effectiveness of Instructing Emotion-Focused Approach in Improving the Marital Satisfaction in Couples* y *Perceptions of Attachment Style and Marital Quality in Midlife Marriage*,

Adicionalmente, se presenta dos investigaciones acerca de la aplicación de la EFT para la resolución de conflictos interpersonales, *Repariring Discordant Student-Teacher Relationship: A Case Studing Using Emotion-Focused Therapy* y *Differential Effects of Emotion-Focused Therapy and Psychoeducation in Facilitating Forgiveness and Letting Go of Emotional Injuries*.

Por último, se presenta un estudio de meta-análisis realizado por Elliott, Watson, Greenberg, Timulak y Freire en 2013, *Research on humanistic-experiential*

psychotherapies. Meta-analysis, que demuestra la eficacia de los diversos enfoques de la Terapia Humanista-Experiencial, en el que se incluye la efectividad de la Terapia Focalizada en las Emociones. A continuación se muestran una sinopsis de estas investigaciones relacionadas con depresión, trauma, problemas de pareja, conflictos interpersonales y la facilitación del perdón.

Varias investigaciones revelan la efectividad de la Terapia Focalizada en las Emociones para el trabajo sicoterapéutico relacionado con la depresión. Por ejemplo, en un estudio realizado por Goldman, Greenberg y Angus (2006), *The Effects of Adding Emotion-Focused Interventions to the Client-Centered Relationship Conditions in the Treatment of Depression*, se probó los efectos de añadir intervenciones de la Terapia Focalizada en las Emociones a la relación empática. Los autores compararon la terapia centrada en el cliente y la EFT. Se evaluó a 38 clientes que cumplieran con los criterios del DSM IV para trastorno depresivo mayor. Los clientes fueron asignados aleatoriamente a 16 de 20 sesiones de uno u otro tratamiento. El nivel de los síntomas depresivos, síntomas generales de angustia y autoestima mejoraron en cada condición. Sin embargo, se evidenció una mejoría significativa de la sintomatología en los clientes que recibieron EFT. La relación empática parece fortalecerse a través de la adición de intervenciones específicas focalizadas en la emoción.

De igual forma, en una investigación realizada por Watson y colaboradores en 2003, *Comparing the Effectiveness of Process-Experiential with Cognitive-Behavioral Psychotherapy in the Treatment of Depression*, se comparó el proceso de terapia experiencial y terapia cognitiva-conductual en el tratamiento de depresión mayor. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a cada uno de los tratamientos. 66 clientes mantuvieron sesiones de sicoterapia semanalmente por 16 semanas. En los dos grupos se presentaron mejoras significativas en cuanto al nivel de depresión, autoestima, síntomas

generales de angustia y actitudes disfuncionales. De igual manera, los dos grupos mostraron valores significativamente bajos de reactividad y mayor afrontamiento al finalizar el tratamiento. A pesar de que los resultados en general fueron similares en los dos grupos, hubo una disminución significativa en los auto-reportes relacionados a conflictos interpersonales de los clientes que recibieron terapia experiencial que en los clientes que recibieron terapia cognitiva-conductual.

Adicionalmente, los efectos de la terapia de soporte no-directiva para depresión en adultos han sido examinados en un considerable número de investigaciones, pero no se ha conducido un meta-análisis de estos estudios. Cuijpers y colaboradores (2012), realizaron un estudio de meta-análisis llamado *The Efficacy of non-directive Supportive Therapy for Adult Depression: A Meta-analysis*. En esta investigación se seleccionaron 31 estudios de una base de datos, examinando diversos tipos de sicoterapias para depresión en adultos, y meta-análisis conducidos en los que la terapia de soporte no-directiva fue comparada con grupos de control, otras sicoterapias y farmacoterapias. Se encontró que la terapia de soporte no-directa es efectiva en el tratamiento de depresión en adultos. Sin embargo, la mayoría de los efectos de la terapia para la depresión en adultos se realizó a través de factores no específicos (externos), y los resultados sugieren que la contribución de los factores específicos (terapia de soporte no-directa es efectiva en comparación con otras terapias), posiblemente es limitada.

También, existen varias investigaciones acerca de la efectividad de la Terapia Centrada en la Emoción en clientes que han sido expuestos a eventos traumáticos, principalmente en personas que han sufrido de abusos. En este sentido, en una investigación realizada por Paivio y colaboradores (2010), *Efficacy of Two Versions of Emotion-Focused Therapy for Resolving Child Abuse Trauma*, se evaluó y comparó el tratamiento focalizado en las emociones para trauma (EFTT), con la confrontación

imaginaria (IC) de perpetradores y EFTT con exploración empática de material de trauma. Los clientes eran mujeres y hombres con historias diferente de tipos de maltrato infantil (abuso emocional, físico y sexual, y abandono emocional). Los clientes fueron asignados aleatoriamente a uno u otro tratamiento. Los resultados indicaron mejoras clínicas y estadísticamente significativas en algunas medidas luego del test. En el seguimiento se evidenció un mantenimiento de esta mejoría sin que exista una diferencia significativa entre las condiciones, lo que corrobora la efectividad de la EFT para temas relacionados con trauma.

Además, la Terapia Focalizada en las Emociones es reconocida como uno de los principales abordajes de sicoterapia más eficaces relacionado con las dificultades y malestar en parejas. En un estudio realizado por Rostami y colaboradores (2014), *The Effectiveness of Instructing Emotion-Focused Approach in Improving the Marital Satisfaction in Couples*, fue conducida para determinar la efectividad de utilizar la terapia focalizada en la emoción en la satisfacción marital. La población de este estudio incluyó 20 parejas que han estado casadas por lo menos 3 y la mayoría 6 años, escogidas al azar y divididas aleatoriamente en dos grupos (grupo de control y grupo experimental). El grupo experimental fue expuesto a la EFT para parejas durante 8 sesiones con una duración de 90 minutos por sesión. Mientras que el grupo de control fue puesto en una lista de espera. Ambos grupos fueron evaluados luego de 8 semanas. Los resultados del estudio indicaron que la intervención de la terapia focalizada en las emociones fue efectiva en incrementar los indicadores de la satisfacción marital en parejas. Además, los hallazgos del estudio revelaron una diferencia significativa entre mujeres y hombres del grupo experimental y los del grupo de control.

En otra investigación realizada por Hollist y Miller (2005), *Perceptions of Attachment Style and Marital Quality in Midlife Marriage*, basada en la teoría del vínculo,

la EFT indica que los tipos de vínculos tienen una influencia en la calidad de la vida marital. A pesar de que las investigaciones apoyan esta relación en parejas jóvenes no existen investigaciones que hayan examinado los estilos de vínculo y calidad marital en matrimonios de edad media. En esta investigación se examinó este tema utilizando datos de 429 personas casadas, en edades comprendidas entre 40 y 50 años. Los resultados indicaron que los estilos de vínculo seguros estuvieron asociados con calidad marital mientras que un vínculo inseguro no lo estuvo. Estos resultados sugieren que los terapeutas de EFT son los más indicados para ayudar a que las parejas de edad media, con relaciones conflictivas se muevan de un estilo inseguro a uno seguro.

De acuerdo a Greenberg (2010), la Terapia Focalizada en la emoción tiene mayor eficacia en la reducción y la resolución de problemas interpersonales. En un estudio realizado por Lander (2009), *Repariring Discordant Student-Teacher Relationship: A Case Studing Using Emotion-Focused Therapy*, se describe el uso de la EFT para reducir el conflicto en la relación estudiante-profesor. Se presentó el estudio de caso de un profesor y un estudiante de sexto grado al que se le aplicó EFT. Con esta formulación de caso se demostró que la EFT es una herramienta útil para mejorar los conflictos interpersonales (estudiante y profesor), dando como resultado una disminución de las conductas problemáticas del estudiante en clase y resultados positivos por parte del profesor. También se demostró que un proceso paralelo de expresiones afectivas maladaptativas mantiene un ciclo negativo que deteriora el desarrollo del vínculo funcional estudiante-profesor. El estudio enfatiza la influencia de las emociones en la interacción y el vínculo. Con este estudio de caso se confirmó la importancia del rol del trabajador social de la escuela para promover las relaciones positivas entre estudiantes y maestros utilizando los principios y procedimientos de la EFT y sugiere la posibilidad de usar este enfoque para fortalecer las relaciones profesor y padre de familia.

En otra investigación realizada por Leslie J. Greenberg y colaboradores (2008), *Differential Effects of Emotion-Focused Therapy and Psychoeducation in Facilitating Forgiveness and Letting Go of Emotional Injuries*, se comparó la efectividad de la Terapia Focalizada en la Emoción (EFT) aplicando el ejercicio de silla vacía de la Gestalt, en el tratamiento de clientes que fueron heridos emocionalmente por otra persona significativa de su vida, con intervenciones de sico-educación grupal diseñadas para afrontar estas lesiones. En este estudio también se examinó los aspectos del proceso emocional del perdón y se investigó la relación entre dejar ir los sentimientos de angustia y el perdón. Se evaluó a 46 personas que presentaban indicadores de asuntos inconclusos, conflictos interpersonales y heridas emocionales. Los clientes fueron asignados al azar a tratamiento individual de EFT y al grupo de sico-educación. Se realizaron evaluaciones al iniciar y al finalizar el tratamiento, y se dio seguimiento por 3 meses luego de concluir el proceso de terapia. Los resultados indicaron que los clientes asignados a EFT mostraron una mejoría significativa mayor a las intervenciones de sico-educación, principalmente en relación al perdón, el dejar ir, así como los síntomas de angustia presentar al iniciar la terapia.

Por último, en un estudio de reciente publicación (2013), realizado por Elliott, Watson, Greenberg, Timulak y Freire, *Research on humanistic-experiential psychotherapies. Meta-analysis*, se realizó una investigación de meta-análisis para determinar la eficacia de los diferentes enfoques de la Terapia Humanista. Los investigadores concluyeron que para relaciones y conflictos interpersonales, la Terapia Focalizada en la Emoción, claramente alcanza los criterios para ser definida como un tratamiento eficaz y específico. Esto incluye problemas en la relación de pareja donde la EFT (para parejas), ha sido ampliamente reconocida como un tratamiento de soporte empírico. En esta revisión se ha resaltado también el uso de la EFT tanto para parejas

como de forma individual para tratar heridas emocionales incluyendo traumas generados por abuso infantil.

Los estudios mencionados anteriormente demuestran que la Terapia Focalizada en las Emociones constituye una herramienta efectiva para el tratamiento de diversas condiciones sin importar el género, edad ni la problemática de los sujetos que acuden a terapia. Además, se ha demostrado que como resultado de una aplicación exitosa de este procedimiento psicoterapéutico es posible el fortalecimiento de relaciones complementarias a las originalmente tratadas. La aplicación de la EFT es visto como un predictor de éxito en el tratamiento de la depresión, los trastornos relacionados a eventos traumáticos, problemas de pareja, conflictos interpersonales y la facilitación del perdón.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En el siguiente apartado se explica detalladamente el curso del tratamiento, la metodología aplicada, así como las herramientas de evaluación. Este análisis es derivado de un estudio de caso de un cliente de género masculino, que presenta dificultad en el contacto y control de sus estados emocionales, y por consiguiente tiene problemas en la relación que mantiene con su esposa. El cliente asistió de forma voluntaria a las intervenciones sicoterapéuticas ofrecidas por el departamento de psicología de la Universidad San Francisco de Quito. En referencia a la metodología se utilizó un método mixto, es decir que los resultados encontrados son cuantitativos y cualitativos. A través de la aplicación de cuestionarios se podrá observar de forma medible (*cuantitativa*), los cambios sintomatológicos experimentado por el cliente así como el desarrollo de la alianza terapéutica entre el cliente y el terapeuta. De igual forma, mediante la observación y los cambios percibidos durante el proceso terapéutico se obtendrán los resultados cualitativos.

Justificación de la metodología seleccionada

Para la realización del presente estudio de caso se utilizó un método mixto, que arroja datos de forma cuantitativa y cualitativa. Dentro del componente cuantitativo se encuentran los resultados obtenidos a través del Inventario de Sintomatología SCL-90-R y el Inventario de Alianza Terapéutica (Working Alliance Inventory, WAI). Por otro lado, en el componente cualitativo se encuentran los datos obtenidos mediante la observación, exploración y experiencia dentro del proceso terapéutico. A través de la observación se permitirá conocer los cambios en la narrativa, el comportamiento y el desarrollo de la habilidad del cliente para construir un nuevo significado sobre las emociones y las experiencias vividas. A pesar de que esta información no es medible, se presenta de forma clara tanto para el cliente como para el terapeuta. Adicionalmente, el método cualitativo,

facilita el acceso a detalles que dan importancia a la observación, lo que es fundamental para la realización de un estudio de caso. No obstante, este método es subjetivo lo que posibilita a que se presente interpretaciones personales del investigador.

Curso del tratamiento

Breve descripción del estado mental actual.

El cliente acude a terapia psicológica voluntariamente porque se encuentra consciente de los problemas que está atravesando en su ambiente familiar. Reconoce adecuadamente elementos de su entorno, como el lugar donde se encuentra, la fecha, su nombre y los factores que lo llevaron a acudir a terapia psicológica. De igual forma, reconoce aspectos específicos de su familia, trabajo y experiencias, así como de aspectos externos a su realidad personal. Su apariencia física denota un cuidado adecuado, como muestra de buenos hábitos de aseo personal.

Por otro lado, su narrativa muestra coherencia adecuada y necesaria para expresar la espacialidad y temporalidad de los eventos y experiencias. Además, su relato denota un cierto grado de culpabilidad y temor a los sucesos futuros. Su expresión oral es espontánea y genuina, mostrando preocupación y compromiso con el proceso terapéutico. Muestra habilidad para comunicar su situación, al mismo tiempo que se lo percibe como una persona con la que se puede fácilmente entablar una buena alianza terapéutica. Su nivel de concentración es el adecuado para realizar las actividades dentro de sesión.

Herramientas de investigación aplicadas

En el presente estudio de caso se utilizaron dos herramientas de evaluación. El primer cuestionario usado fue el SCL-90- R que permite analizar el estado sintomatológico del cliente. Adicionalmente, se implementó el Inventario de Alianza Terapéutica (WAI),

que mide el vínculo y el compromiso que existe entre el cliente y el terapeuta. En el siguiente apartado se muestra el funcionamiento de cada una de estas herramientas.

SCL-90-R.

El Symptom Checklist Revised 90 (SCL-90-R), fue desarrollado por Leonard Derogatis en 1977 y su revisión se la realizó en 1983. Es una herramienta psicométrica de auto-reporte que evalúa la presencia de diversos síntomas psicológicos y estrés. Es una herramienta de fácil aplicación utilizada con bastante frecuencia en el sector de la salud mental para detectar a individuos que requieren ayuda profesional. De igual forma, es útil para la realización de evaluaciones periódicas del cliente dentro del proceso psicoterapéutico (Caparrós, Villar, Ferrer y Viñas, 2007).

El SCL-90-R, consta de 90 preguntas, las respuestas son medidas a través de una escala de Likert de 5 opciones (nada, muy poco, poco, bastante y mucho), que indica la aparición de sintomatología durante el período de referencia (ver ANEXO B). La intensidad de los síntomas se miden en 9 dimensiones diferentes: 1) somatizaciones (SOM), 2) obsesiones compulsivas (OBS), 3) sensibilidad interpersonal (SI), 4) depresión (DEP), 5) ansiedad (ANS), 6) hostilidad (HOS), 7) ansiedad fóbica (FOB), 8) ideación paranoide (PAR) y 9) psicoticismo (PSIC). También, contiene tres escalas adicionales: índice de severidad global (IGS), índice de malestar sintomático positivo (PSDI) y total de síntomas positivos (TSP) (Derogatis y Unger, 2010). Los coeficientes de consistencia interna de Cronbach (α) varían desde 0.77 hasta 0.90 en las 9 dimensiones (Derogatis, Rickels y Rock 1976, citado en Caparrós y cols., 2007)

Inventario de alianza terapéutica (WAI).

El Inventario de Alianza Terapéutica (Working Alliance Inventory, WAI), es un instrumento de medición desarrollado para evaluar el grado de adhesión del cliente al

proceso terapéutico. Esta herramienta fue elaborada por Horvath y Greenberg (1986), basada en la teoría de alianza de Bordin (Vöhringer y cols., 2013). Una buena alianza terapéutica es el principio fundamental para el cambio en todos los enfoques de la sicoterapia. Hace referencia a la colaboración y el vínculo dentro de terapia (Bordin, 1979, citado en Vöhringer y cols., 2013).

Este inventario está formado por 36 preguntas, cada respuestas se evalúan a través de una escala de Likert de 7 opciones (1 nunca, 2 rara vez, 3 pocas veces, 4 algunas veces, 5 muchas veces, 6 muchísimas veces y 7 siempre) (ver ANEXO C). Se encuentra dividido en tres sub-escalas: objetivos, tareas y vínculos. Cada sub-escala consta de 12 ítems. Los ítems 3,6, 9, 10, 12, 14, 22, 25, 27, 30, 32 y 34, se refieren al nivel de concordancia en relación a los objetivos planteados en el proceso terapéutico. Por otro lado, los ítems 2, 4, 7, 11, 13, 15, 16, 18, 24, 31, 33 y 35, miden el grado de acuerdo que existen en cuanto a las tareas manejadas en terapia. Por último, los ítems 1, 5, 8, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 27, 28, 29 y 36, indican el vínculo que se ha desarrollado entre el cliente y el terapeuta (Hatcher y Gillaspy, 2006). Los resultados en cada escala pueden variar entre 12 y 84 puntos, al sumar estas tres escalas se obtiene la puntuación global. El total global puede oscilar desde 36 a 252 puntos. Es decir, mientras más altos sean estos valores existe una mejor relación entre el cliente y el terapeuta (Vöhringer y cols., 2013).

La validez de este inventario es admisible y la confiabilidad en general es de 0.73. La sub-escala de objetivos tiene una confiabilidad de 0.78, la sub-escala de tareas tiene una confiabilidad de 0.80 y la sub-escala de vínculo tiene una confiabilidad de 0.67 (Hatcher y Gillaspy, 2006).

Diagnóstico y evaluación funcional

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), el cliente no presenta un diagnóstico clínico. En base a las observaciones y al motivo de consulta es posible determinar que el cliente posee dificultades con el grupo de apoyo primario y problemas laborales como se expone a continuación.

EJE I: No presenta un trastorno clínico V71.09

EJE II: No presenta Retraso Mental ni Trastorno de la Personalidad V71.09

EJE III: No presenta problemas médicos V799.9

EJE IV: A (problemas con grupo de apoyo primario) dificultades matrimoniales.
D (problemas laborales) trabajo estresante.

EJE V: GAF: 75 (en admisión)

GAF: 90 (actual)

Estructura del tratamiento

Lista de situaciones y problemas.

1. Falta de manejo de la ira cuando se encuentra frente a alguna situación con su esposa.
2. Alejamiento y evitación del cliente con su pareja.
3. Tomar la decisión de trabajar por un período de seis meses en otra ciudad alejado de su familia.
4. Acercarse a su madre, mejorando la calidad y la cantidad de contacto.
5. Hablar con sus padres sobre su divorcio (de ellos).
6. Fortalecer la relación con sus hermanos.

Metas a corto plazo.

1. Introducir al cliente en la Terapia Focalizada en las Emociones (EFT).
2. Desarrollar una buena alianza terapéutica. Generar empatía, sinceridad y compromiso.
3. Tomar conciencia de las emociones y simbolizar la experiencia de los estados emocionales.
4. Expresar con mayor facilidad las emociones que le generan dolor y malestar.
5. Adquirir la habilidad para tolerar y validar sus emociones, de tal forma que el cliente pueda identificar y nombrar las emociones, tolerar las emociones negativas e incrementar el surgimiento de emociones positivas, reducir la vulnerabilidad frente a la aparición de emociones negativas, respirar y ser capaz de calmarse por sí solo.
6. Descubrir las necesidades que se encuentran ocultas detrás de las emociones experimentadas.
7. Transformar las emociones desadaptativas por emociones más funcionales.
8. Reflexionar sobre sus estados emocionales que le permita encontrar un sentido y dar un nuevo significado a la experiencia emocional.
9. Construir una narrativa congruente en relación a sus emociones y a su historia de vida, que le permita dar un nuevo significado a sus vivencias y le brinde la oportunidad de imaginar un futuro con mejores posibilidades.
10. Impulsar en el cliente alcanzar sus objetivos.

Metas a largo plazo.

1. Consolidar lo transmitido en el proceso terapéutico.
2. Fortalecer el *self*.

3. Aprender a reconocer, validar, regular y expresar sus emociones adaptativas en contextos interpersonales, particularmente en su relación con su esposa.
4. Mejorar la comunicación con su esposa.
5. Impulsar aumentar la unión afectiva con su pareja.
6. Promover el acercamiento con su familia de origen.

Consideraciones éticas y legales

Debido a que todo proceso de terapia psicológica genera un impacto significativo en las personas que requieren este servicio profesional, se ha establecido algunos parámetros básicos sobre la responsabilidad y el rol del terapeuta dentro de las sesiones de terapia. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés), ha desarrollado un código de ética profesional para el manejo de los clientes dentro del ambiente sicoterapéutico con el objetivo de respetar sus derechos, proteger su privacidad y preservar su dignidad (Nagy, 2011).

De acuerdo al “Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2010), existen cinco principios generales que sirven como guía para el trabajo profesional y responsable por parte de terapeuta. A partir de estos principios básicos, se han desarrollado normas éticas con sus propios códigos. Estas normas son más detalladas y permiten conocer los comportamientos apropiados y aceptados en los terapeutas. Los principios generales se encuentran a continuación:

- Principio A: beneficencia y no maleficencia
- Principio B: fidelidad y responsabilidad
- Principio C: integridad
- Principio D: justicia
- Principio E: respeto por los derechos y la dignidad de las personas

Es importante indicar que estos principios y normativas fueron aplicados en el proceso terapéutico realizado a Francisco dentro de la Terapia Focalizada en las Emociones. De esta forma, de acuerdo al *Estándar 3. Relaciones Humanas. Código de Ética 3.10 Consentimiento Informado* y al *Estándar 10. Terapia. Código de Ética 10.01 Consentimiento Informado para la Terapia*, antes de iniciar cualquier intervención psicológica es importante explicar al cliente acerca del curso y los parámetros establecidos durante las sesiones terapéuticas. En este sentido se entregó a Francisco una copia del consentimiento informado en donde se exponen aspectos importantes acerca de la privacidad y confidencialidad, así como la libertad del cliente para iniciar y dar por terminado el proceso terapéutico en el momento que él lo decida. Este consentimiento informado es aplicado a todos los clientes que solicitan atención psicológica en el departamento de psicología de la USFQ (ver Anexo A).

Por otro lado, se aplicó el *Estándar 4. Privacidad y Confidencialidad. Código de Ética 4.02 Discutir los Límites de Confidencialidad*. Este estándar establece la importancia de discutir con el cliente acerca de los aspectos y las situaciones en los que se tiene que romper confidencialidad, así como de las normas éticas y legales que implican romper dicha confidencialidad. Al inicio del proceso terapéutico, se explicó a Francisco acerca de las situaciones en las que obligatoriamente el terapeuta debe romper confidencialidad y reportar a las autoridades competentes, estas son: 1) en caso de la existencia o sospecha de la presencia de abuso físico, sexual o negligencia hacia un menor de edad, 2) en caso de que el cliente intente hacerse daño a sí mismo, 3) informar a la víctima sobre la posibilidad de que el cliente la lastime, 4) informar a las autoridades del posible intento del cliente por realizar alguna actividad que vaya contra la ley.

Adicionalmente, se empleó el *Estándar 4. Privacidad y Confidencialidad. Código de Ética 4.03 Grabaciones*. Es fundamental obtener el permiso del cliente para grabar su

voz o imagen. De acuerdo al consentimiento informado aplicado a Francisco, el cliente acepta que se realicen filmaciones de tal manera que no se vea su rostro directamente. De igual forma, permite que se grave el audio de las sesiones terapéuticas. Se informó al cliente que estas grabaciones serán manejadas confidencialmente (ver Anexo A).

En relación al uso de información del cliente para la realización del presente estudio de caso, se aplicó el *Estándar 4. Privacidad y Confidencialidad. Código de Ética 4.07 Uso de información confidencial para docencia u otros fines*. Es vital que el terapeuta tome medidas necesarias para mantener bajo estricta confidencialidad la identidad del cliente para poder realizar cualquier investigación en base a su caso. De igual forma, se empleó el *Estándar 4. Privacidad y Confidencialidad. Código de Ética 4.01 Mantener la Confidencialidad*, en referencia a las obligaciones del terapeuta de tomar las precauciones necesarias para proteger la información obtenida en las sesiones terapéuticas y mantenerla en un lugar seguro. En este sentido, para proteger la identidad del cliente y la de las personas relacionadas con él, se procedió a cambiar sus nombres. Además, se seleccionó información puntual sobre la información referida por Francisco.

Por último, es sumamente importante que el terapeuta se encuentre dentro de sus límites de competencia para manejar el proceso terapéutico. En este caso, es necesario referirse al *Estándar 2. Competencia. Código de Ética 2.01 Límites de Competencia*. Es fundamental que el terapeuta pueda reconocer sus capacidades y sus limitaciones. Debido a que el proceso terapéutico de Francisco fue realizado por una estudiante, es importante indicar que el caso fue manejado con la supervisión de un profesional de la salud mental, con Ph.D. y con suficiente experiencia en el campo psicoterapéutico.

Aspectos de la relación terapéutica

Alianza terapéutica.

Alianza terapéutica es un término utilizado en sicoterapia para explicar la relación que existe entre el cliente y el terapeuta. A pesar de que hay varias definiciones de alianza terapéutica, se ha identificado ciertos parámetros que especifican de forma certera los elementos para una buena alianza terapéutica. Estos factores incluyen la relación afectiva entre el cliente y el terapeuta, la capacidad de los individuos para actuar en propósito de la terapia, la comprensión empática y el compromiso del terapeuta, y el acuerdo entre el cliente y el terapeuta acerca de las tareas y el objetivo de la terapia (Gaston 1990; citado en Santibáñez y cols., 2009).

Igualmente, la alianza terapéutica se ve fortalecida cuando existe un compromiso con la terapia tanto del cliente como del terapeuta. De esta forma., el cliente percibe la confianza, sinceridad y seguridad que le transmite el terapeuta. La alianza terapéutica también se ve fortalecida cuando existe una relación colaborativa entre iguales y cuando existen sentimientos positivos entre las partes. De igual manera, cuando el terapeuta genera empatía, el cliente percibe que los dos se encuentran en la misma sintonía y trabajando juntos por alcanzar el mismo objetivo (Santibáñez y cols., 2009).

De acuerdo a las investigaciones realizadas se ha podido determinar que existe una correlación positiva entre una buena alianza terapéutica y el éxito del tratamiento sicoterapéutico. Es decir, que la alianza terapéutica es un predictor poderoso del éxito o el fracaso del proceso de terapia psicológica (Santibáñez y cols., 2009).

Por otro lado, de acuerdo a la Terapia Focalizada en la Emoción, y según el enfoque del humanismo, existen tres elementos importantes que permiten generar una buena alianza terapéutica, la aceptación incondicional positiva, la autenticidad y la empatía. La aceptación incondicional positiva hace referencia a la capacidad del terapeuta

para aceptar al cliente tal y como es, con sus emociones, reacciones, conductas y experiencias (Rogers 2012; Cooper et al., 2012). La autenticidad se refiere a la sinceridad que refleja el terapeuta en cuanto a sus emociones y sentimientos (Rogers, 2012). La empatía se refiere a la capacidad del terapeuta para ponerse en el lugar del cliente (Cooper et al., 2012).

La Terapia Focalizada en la Emoción aplica ciertas técnicas que permiten formar una buena alianza. Estas son: reflejo empático, exploración empática y afirmación empática. El reflejo empático se refiere a la respuesta de apoyo y comprensión por parte del terapeuta acerca de las emociones y sentimientos significativos expresados por la persona que permiten comprender la problemática del cliente. La exploración empática, se refiere a las señales que emite el terapeuta sobre el entendimiento hacia el cliente. Estas señales son respuestas tales como “Mm”, “Si”, “Entiendo”, etc. Las respuestas permiten que el cliente explore y elabore sobre lo que se encuentra sintiendo. La afirmación empática permite validar, entender y apoyar al cliente frente al surgimiento de una emoción dolorosa. De tal manera que el cliente pueda seguir explorando estas emociones intensas (Elliott et al., 2004).

Temas e intervenciones

Reacciones problemáticas (*problematic reactions*).

Este marcador implica que existen eventos específicos que el cliente recuerda en terapia y que le genera una reacción emocional al pensar en esta situación. Al iniciar el proceso terapéutico se identificó que el cliente presentaba reacciones problemáticas emocionales relacionado con un evento en particular. Este marcador reveló la necesidad de explorar la experiencia emocional para encontrar el origen de esta reacción y que el cliente aprenda a manejarla. De esta manera el terapeuta invitó a la exploración de estas

emociones a través del ejercicio de imaginación (*evocative unfolding*). Esta intervención permite que el cliente acceda a sus estados emocionales por medio de la fantasía.

Sensación confusa (*unclear felt sense*).

De igual forma, se identificó que el cliente presentaba una sensación corporal interna que no podía ser expresada en palabras. Es decir, que Francisco se sentía confundido e incapaz de tener una idea clara de las sensaciones sentidas por su cuerpo. Para este marcador se utilizó la técnica de *focusing* que permite acceder a la experiencia significativa que vive el cuerpo. Al explorar estas sensaciones sentidas Francisco pudo identificar el significado que se encuentra detrás de estas experiencias corporales.

Divisiones internas que provocan conflicto (*conflict split*).

Por otro lado, se presentó un conflicto entre dos partes del *self*. La una parte se sentía culpable por tener que decidir acerca de trabajar en otra ciudad y dejar a su esposa e hijos. La otra parte deseaba aceptar este trabajo porque ayudaría a la economía del hogar. Para este marcador se utilizó el ejercicio de la doble silla. Esta técnica permite mantener una conversación entre las dos partes opuestas del *self* y por consiguiente ayuda a que el cliente se dé cuenta de cómo estos aspectos están causando disfunciones emocionales. En este sentido, Francisco pudo conocer cuáles son sus necesidades que no están siendo satisfechas debido a la presencia de estas partes. De igual manera, le permitió al cliente poder llegar a un acuerdo saludable entre las partes.

Asuntos inconclusos (*unfinished business*).

Durante el proceso terapéutico se identificó que Francisco mantenía asuntos inconclusos con su madre. Este marcador hace referencia a una sensación de incomodidad y malestar hacia otra persona por algún conflicto no resuelto entre las partes. Al presentarse este indicador se aplicó el ejercicio de silla vacía. En la silla vacía se realizó un

juego de roles en el que el cliente mantuvo una confrontación con esta persona. Francisco exploró e identificó las emociones relacionadas con su madre logrando de esta manera expresar sus sentimientos. Sin embargo, el cliente decidió no seguir trabajando en el tema relacionado con su madre debido a que le generaba bastante dolor e incomodidad.

ANÁLISIS DE DATOS

Análisis de resultados cuantitativos

SCL-90-R.

La administración de esta prueba psicométrica se la realizó dos veces durante el proceso terapéutico. La primera aplicación se la administró al iniciar el tratamiento y la otra al finalizar las sesiones terapéuticas. A continuación se expondrán los valores mayores al rango clínico $T > 63$. Adicionalmente, en la tabla 1. se encuentra un resumen de los valores T de todas las dimensiones de las dos evaluaciones y en la figura 1. se observa las variaciones de estos valores.

Pre intervención.

La primera administración del SCL-90-R se la realizó al iniciar el proceso terapéutico. En los datos obtenidos fue posible observar que el cliente presentó valores clínicamente significativos $T > 63$ en las siguientes escalas: Sensitividad Interpersonal (SI) presenta un valor $T=67$, esta escala evalúa la existencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, y una tendencia del individuo a compararse con otras personas. En la escala de Ansiedad (ANS) presenta un valor $T=70$, esta escala evalúa la presencia de síntomas de ansiedad de forma general como nerviosismo, miedo, tensión, etc. Finalmente, en la escala de Hostilidad (HOS) presenta un valor $T=83$ siendo el valor más alto. Esta escala evalúa la presencia de sentimientos, pensamientos y comportamientos relacionados con afectos negativos. Por otro lado, es importante indicar que el Índice de Severidad Global presenta un valor $T= 48$ no significativo que muestra la intensidad de los síntomas presentados por el cliente.

Post intervención.

La segunda administración del SCL-90-R se la realizó al finalizar el proceso terapéutico. En los resultados obtenidos fue posible observar un cambio significativo en la sintomatología presentada por el cliente al iniciar la terapia. En la escala de Sensitividad Interpersonal (SI) presenta un valor $T=25$ con una diferencia de valores entre evaluaciones de 42 puntos. Esto quiere decir que los sentimientos de inadecuación e inferioridad experimentados por el cliente han disminuido.

Adicionalmente, en la escala de Ansiedad (ANS) presenta un valor $T=10$. En esta escala se observa un cambio significativo de 60 puntos entre evaluaciones, lo que indica que los sentimientos relacionados con la ansiedad como la tensión y el miedo han disminuido. En la escala de Hostilidad (HOS) se observa el mayor cambio en la sintomatología del cliente con una diferencia entre evaluaciones de 66 puntos, lo que indica la disminución de las ideas, sentimientos y conductas negativas.

A pesar de que en la primera administración del SCL-90-R la escala de Somatización (SOM), no mostró un puntaje clínicamente significativo $T > 63$, se observa una disminución de la sintomatología de 17 puntos entre intervenciones. Es posible que al inicio del tratamiento el cliente haya mostrado síntomas de malestar corporal (gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios), y al finalizar el proceso terapéutico estos síntomas han desaparecido.

De igual forma, a pesar de que en la escala de Depresión (DEP) no se mostró un puntaje clínicamente significativo $T > 63$, es posible observar un cambio en la sintomatología del cliente. Al inicio del tratamiento el cliente mostró un puntaje en esta escala de $T= 46$ y al finalizar las intervenciones una puntuación de $T=15$. Posiblemente en la pre intervención el cliente haya mostrado manifestaciones de un estado de ánimo

disfórico, falta de motivación, poca energía y sentimientos de desesperanza, mismos que pueden haber disminuido.

No obstante, en la escala de Obsesiones y Compulsiones (OBS), se observa un incremento en los valores presentados. En la pre intervención se muestra un puntaje $T=1$ y en la post intervención un valor de $T=30$. Es posible que el cliente presente pensamientos que le impulsen a reaccionar de alguna manera frente a la situación vivida con su esposa. Sin embargo, el Índice de Severidad Global presenta un valor $T=14$ que demuestra la baja intensidad de sintomatología presentada por el cliente al finalizar el proceso de sicoterapia.

Tabla 1. Valores T de acuerdo a las evaluaciones del SCL-90-R

Evaluaciones	Valores T											
	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP
Pre intervención	17	1	67*	46	70*	83*	0	17	10	48	27	15
Post intervención	0	30	25	15	10	17	0	0	0	14	8	16

Nota: Los valores en negrilla y con asterisco indican los valores $T > 63$

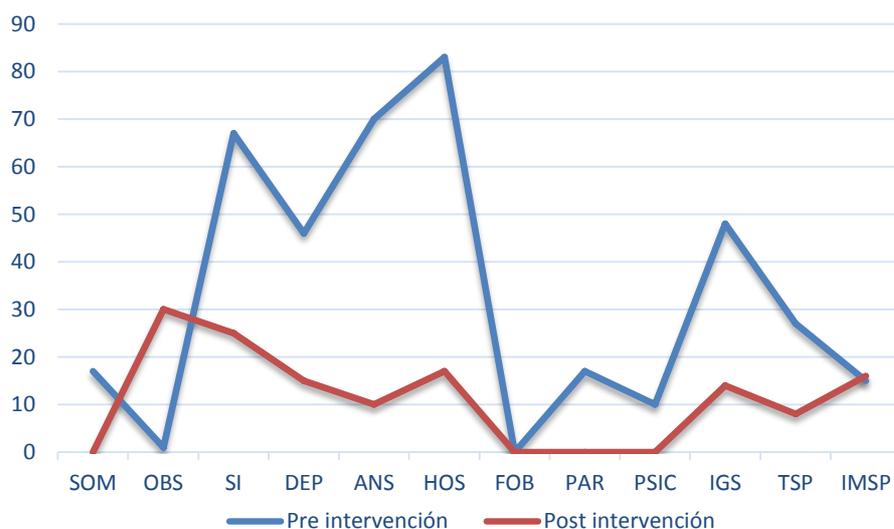


Figura 1. Variaciones de los valores T

Inventario de alianza terapéutica (WAI).

Con el objetivo de conocer el vínculo desarrollado entre el cliente y el terapeuta, así como el acuerdo en cuanto a tareas y los objetivos de la terapia, se administró el Inventario de Alianza Terapéutica (Working Alliance Inventory, WAI), en la cuarta y octava sesión. La primera administración del Inventario de Alianza Terapéutica (WAI), se la realizó hacia la mitad del proceso terapéutico. Los resultados obtenidos muestran puntuaciones elevadas comparadas con el puntaje máximo que se puede obtener en este instrumento (252 puntos). En la segunda evaluación, los resultados obtenidos presentan valores elevados en todas las escalas. En la tabla 2. se encuentra un resumen de los valores obtenidos en las dos evaluaciones y en la figura 2. se observa las variaciones de estos valores. De acuerdo a estas evaluaciones es posible determinar la existencia de una buena alianza entre el cliente y la terapeuta.

Tabla 2. Valores obtenidos de acuerdo a las evaluaciones del WAI realizadas

Evaluaciones	Valores			
	Tareas	Vínculo	Objetivos	Total Global
Cuarta sesión	78	84	83	245
Octava sesión	75	84	84	243

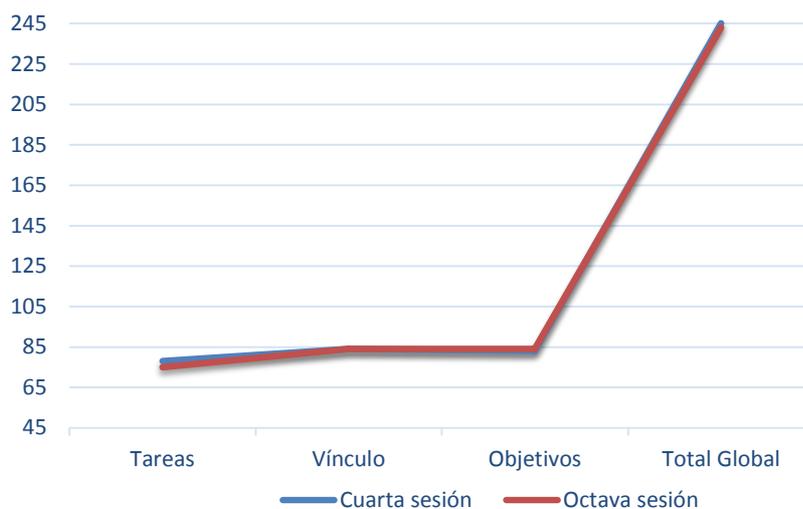


Figura 2. Variación de valores WAI

Análisis de resultados cualitativos

Reacciones problemáticas (*problematic reactions*).

El terapeuta puede evidenciar la presencia del marcador de reacciones problemáticas cuando el cliente expresa su desconcierto frente a una respuesta emocional o un comportamiento que le genera malestar, dolor e incomodidad. La tarea que se aplica frente a este marcador es la imaginaria (*evocative unfolding*), que es especialmente apropiado cuando los clientes se encuentran confundidos por una reacción personal particular, referida como una “reacción problemática”. Esta tarea incluye la evocación vívida de la experiencia, que promueve la re-experimentación del evento y la reacción del cliente. En el proceso, el cliente recupera la experiencia del pasado en forma de recuerdos episódicos para identificar sentimientos, esquemas emocionales y para obtener información que él o ella pudo haber pasado por alto o que ha sido olvidada. El objetivo en cuanto a la resolución es que el cliente establezca una conexión entre la situación, las conductas y las emociones, con la finalidad de dar un significado a este evento, y por consiguiente dar sentido a su reacción (Elliott et al., 2004).

Al iniciar el proceso de terapia fue posible identificar el marcador de reacciones problemáticas que provocan dolor y malestar en Francisco. En este sentido el cliente refiere lo siguiente: *“cada vez que llego a la casa mi esposa me reclama por la hora, no hay día que no esté sobre mí cuestionando sobre mi trabajo... cada vez que lo hace siento que me descontrolo y comienzo a levantar la voz”*. Cuando Francisco relataba acerca de este evento fue posible observar el dolor y la incomodidad que surgía al hablar del tema (*marcador de reacción problemática*). También fue posible identificar que Francisco presenta reacciones problemáticas cada vez que su esposa le confronta a cerca de sus horarios de trabajo, sus actividades laborales de los fines de semana y el poco tiempo que brinda a su familia. Por este motivo, se realiza la intervención para explorar el origen de esta reacción a través del ejercicio de imaginación (*evocative unfolding*). En primer lugar, se le pidió al cliente que describa la escena lo más claro posible para identificar el momento exacto en el que la reacción problemática aparece. En el siguiente extracto del diálogo es posible observar esta intervención:

Terapeuta: Francisco quisiera que por favor te pongas cómodo.

Cliente: OK.

T: Ahora cierra tus ojos y respira hondo tres veces.

C: Respira.

T: Imagina que es noche y que has llegado a tu casa, ¿en qué parte de tu casa estás?

C: estoy en mi habitación.

T: ¿qué estás haciendo?

C: Estoy prendiendo la lámpara de noche, es tarde y todos están dormidos.

T: ¿Qué hora es?

C: Son como las 12 de la noche.

T: ¿Cómo te sientes?

C: Estoy muy cansado.

T: ¿Qué está haciendo tu esposa?

C: Estaba dormida, pero se despertó cuando prendí la luz.

T: ¿Qué sientes cuando vez que se ha despertado?

C: Me siento culpable.

T: ¿Qué pasa después?

C: Lo que imaginaba, está molesta, me dice que otra vez llego tarde y que los niños no me han visto.

T: ¿Cómo te sientes en este momento?

C: Siento iras, porque sabe que estoy trabajando y creo que a veces no entiende la presión de mis trabajos.

T: ¿Qué pasa después?

C: Empiezo a gritar y a decirle eso, que estoy trabajando mucho, pero no entiende.

T: Mm

En el diálogo anterior fue posible identificar dos emociones ira y culpa. La ira aparece como una emoción primaria desadaptativa ya que el cliente no consigue el objetivo real que busca, ser comprendido y aceptado por su esposa. La emoción adaptativa que está por detrás y que Francisco no logra contactar ni manifestar a su esposa en esos momentos es su cansancio, fastidio y tensión que experimenta frente a su trabajo y a la falta de dinero. Francisco, tiene dificultad de contactar sus emociones vulnerables (miedo, tristeza, vergüenza), frente a situaciones de presión y estrés. Esto sucede cuando en el proceso de crecimiento, estas emociones no han sido respondidas de manera positiva por parte de las personas significativas. Durante estas experiencias, la ira se manifiesta como una forma de respuesta frente a la negligencia del otro, lo que generalmente resulta en la atención del otro. En este sentido, desde la infancia Francisco ha mantenido una relación distante con su

madre. El cliente habla de ella como una persona poco afectiva y controladora. Las expresiones emocionales no eran bien aceptadas por su madre, lo que conllevó a que Francisco internalice estas emociones sin la oportunidad de expresar lo que realmente sentía. De igual forma, a pesar de la buena relación que mantiene Francisco con su papá, refiere que de niño sufrió su ausencia debido a que el padre tenía que trabajar. El cliente sintió miedo de ser abandonado por su progenitor.

Por otro lado, existen emociones como la culpa, que se presenta como una emoción secundaria. El cliente se siente culpable por no brindar suficiente tiempo a su esposa e hijos, también por no poder colaborar activamente en los aspectos relacionados con el hogar y por no generar suficientes ingresos que alivien los problemas económicos que afronta la familia. Estos sentimientos de culpa aparecen debido a que el cliente siente que no ha encontrado una forma adecuada para contrarrestar el malestar que está viviendo su familia. En este caso, la culpa surge porque Francisco siente que no está cumpliendo con las expectativas que tiene su esposa sobre él. Esto ocurre cuando en el proceso de crecimiento las personas significativas de la vida de la persona tienen expectativas muy altas y el individuo siente que no logra alcanzarlas. En este caso, la culpabilidad que siente Francisco puede originarse en su infancia, cuando se sentía presionado por cumplir las expectativas académicas, sociales y sueños que tenía su madre en relación a su futuro. Francisco sentía miedo de fallar y fracasar, y a pesar de que trataba de cumplir con los designios de su madre ella lo criticaba.

A medida de que se fue explorando la reacción y la situación experimentada se pudo clarificar la conexión existente entre estas partes. De esta manera, el cliente reacciona con tristeza y miedo de perder a su familia al re-experimentar la situación vivida con su esposa. De esta forma, Francisco pudo identificar el origen de sus reacciones emocionales relacionado con su padre en su niñez. El cliente realiza una conexión entre la ira que

presentaba de niño cuando su padre, por motivo de trabajo, tenía que ausentarse del hogar, y él, ahora de adulto presenta el mismo comportamiento. En este sentido, la emoción oculta tras esta ira es la tristeza y el miedo al abandono que sentía Francisco en su niñez, y la tristeza y el miedo que siente ahora por perder a su familia como se muestra a continuación *“me di cuenta que lo que realmente sentía era tristeza y miedo...la ira que sentía no era hacia los reclamos de mi esposa, era hacia mí mismo, al verme en la misma situación que mis padres”*. *“Ya no es ira lo que siento, lo que siento ahora es una tristeza profunda, tengo miedo de perder a mi familia”*.

Una vez que Francisco exploró el origen de sus comportamientos y emociones y logró entender el porqué de estas reacciones, estuvo dispuesto a encontrar otras formas de enfrentar este evento de una forma más adaptativa. La manera que encontró para comunicarse con su esposa ante sus reclamos es expresar de forma clara y sincera la tristeza que siente al pensar que puede perder a su familia, así como buscar otras estrategias laborales para poder brindar a su familia la presencia de un padre y esposo. De esta manera el cliente, aprendió a identificar la relación que existe entre sus reacciones (emociones, pensamientos, conductas) y las situaciones.

Sensación confusa (*unclear felt-sense*).

El marcador de sensación confusa se presenta también durante el proceso terapéutico. Este marcador se refiere a una sensación sentida por el cuerpo que no se presenta de forma clara en el cliente (Greenberg, 2011). La persona se encuentra en la superficie, se siente confundida e incapaz de tener una idea clara de las sensaciones que se encuentra experimentando (Greenberg, 2004). Además, el cliente describe una dificultad para articular y simbolizar su experiencia. En este caso, Francisco refiere sentir algo en su pecho pero no sabe que es, es como un dolor o una presión. Esta presión o dolor es

constante y en momentos de estrés o conflicto se intensifica. De acuerdo a Gendlin (2012), la sensación sentida es mucho más grande y compleja que la emoción, por eso es difícil de ponerla en palabras. Por tal motivo, es importante usar la misma vía, corporal, para llegar a entenderlas. La tarea para este marcador es el *focusing* que pueden facilitar en el cliente encontrar el sentido y un significado a estas sensaciones. Cuando estas sensaciones sentidas se modifican, cambia todo el cuerpo, incluidas las emociones, los pensamientos y las conductas (Gendlin, 2012).

Una vez identificado el marcador de sensación confusa se procedió a aplicar los pasos en la intervención de *focusing*, que se muestra a continuación. Despejar el espacio (*clearing space*), se le pide a Francisco que se relaje e indique cómo se siente, ayudando a que se libere de todos sus problemas e inquietudes, tomando distancia de los aspectos que le causan malestar, y se le pide que ponga atención hacia su interior. Luego se le pide buscar la sensación sentida (*felt sense*), en su cuerpo referida al inicio de la sesión. Para que el cliente vaya entrando en contacto y enfocándose en la sensación sentida, se le realizaron preguntas sobre el tamaño, textura, colores, olores, sonidos que podrían describir dicha sensación. En el siguiente diálogo se presenta estos dos primeros pasos de la intervención:

Terapeuta: Francisco quisiera que por favor te pongas cómodo y cierres los ojos

Cliente: OK.

T: Respira hondo tres veces. Quisiera que te relajes y olvides de todo lo que está pasando en tu exterior. Vamos a concentrarnos en ti. Olvídate del trabajo, la familia tan solo por un momento. Hace un momento me dijiste que sentías algo en tu cuerpo. ¿Puedes identificar esta sensación que me contaste?

C: Si, es una sensación de presión o como dolor.

T: ¿Dónde sientes este dolor o presión?

C: La siento en mi pecho, cerca de mi corazón (el cliente pone su mano en el pecho).

T: Tu corazón siente dolor y presión.

C: Si mucho dolor.

T: Entiendo. ¿Si pudieses describir a este dolor o presión, cómo sería?

C: Es como una llama grande, que aprieta en contra de mi pecho.

T: Este dolor o presión que sientes en tu pecho que es como una llama grande ¿tiene algún color?

C: Si, tiene varios colores, rojo, amarillo y anaranjado.

T: Entonces, sientes este dolor o presión que aprieta en contra de tu pecho. Esta sensación de tu cuerpo se parece a una llama grande, de color rojo, amarillo y anaranjado. ¿Tiene algún peso?

C: Es muy pesada, diría que es demasiado pesada, por eso me duele tanto

T: Mm

Una vez identificada la sensación corporal sentida, se le pide a Francisco que encuentre una imagen, un sonido, una palabra o una frase que exprese todo lo que siente (*handle*). El cliente refiere que esta sensación de dolor o presión se la puede simbolizar en palabras como “*una acumulación de emociones que quieren explotar*”. La terapeuta verifica que la imagen, sonido, palabra o frase simbolizada por el cliente, se ajusta de forma precisa a la sensación sentida (*resonating*). La terapeuta va de la sensación sentida al *handle* y viceversa hasta que Francisco haya captado claramente lo que siente su cuerpo.

Terapeuta: Es decir, que la frase que mejor describiría a este dolor o presión que aprieta en contra de tu pecho, que se parece a una llama grande, de color rojo,

amarillo y anaranjado y que es tan pesada, es una acumulación de emociones que quieren explotar.

Cliente: Si, así siento.

Posteriormente, se realizaron preguntas a Francisco (*asking*), para saber si esta sensación sentida se ha clarificado. También, se le pregunta acerca de lo que quisiera hacer con esta sensación, permitiendo que el cliente encuentre un significado a la misma y la use como una guía a la acción. Luego, fue posible observar la aceptación de la sensación sentida por parte del cliente (*receiving*). Cuando la persona acepta la sensación sentida se produce en ella alivio y bienestar, encontrando la tranquilidad buscada (*felt shift*). Francisco identificó las sensaciones sentidas de su cuerpo generando de esta manera alivio en la presión y dolor de su pecho. Encontró tranquilidad y logró calmar la tensión al extinguir esta sensación de incomodidad, como se muestra en el siguiente diálogo:

T: Qué quisieras hacer con esta sensación de tu cuerpo.

C: Quisiera que desaparezcan, ya no quiero sentirme así.

T: ¿Si podrías encontrar un lugar o una forma de disminuir su intensidad que harías?

C: Creo que la soplaría muchas veces.

T: Entonces, estas soplando esta llama. ¿Qué pasa después?

C: Veo que la llama comienza a apagarse lentamente, hay mucho humo.

T: Hay mucho humo y está comenzando a apagarse.

C: Es humo gris, pero poco a poco está haciéndose más claro.

T: El humo gris se está aclarando.

C: Si, ahora creo que ya no hay humo.

T: ¿El humo sigue allí?

C: (*El cliente se encuentra en silencio por varios minutos*). No, ya no hay humo

T: ¿Cómo te sientes ahora que desapareció el humo?

C: Ya no siento la presión en el pecho, me siento aliviado, sin ningún peso encima.

Por último, el cliente realiza una conexión entre la sensación sentida por su cuerpo y un aspecto de su realidad personal. En este sentido el cliente refiere “*Quiero aprender a decir lo que siento y lo que quiero sin tener miedo al rechazo o a la crítica de los demás*”. Francisco brinda un significado a esta sensación sentida en relación a la dificultad que presenta en cuanto a la expresión de sus emociones y pensamientos.

Divisiones internas que provocan conflicto (*conflict split*).

Adicionalmente, fue posible identificar el marcador de divisiones internas que provocan conflicto (*conflict split*), entre dos partes del *self* de Francisco. Este marcador se presenta cuando una parte del *self* se muestra de forma crítica, tiene sentimientos de disgusto y ataca hacia a la otra parte del *self* (Greenberg, 2004). En este caso, la una parte del *self* de Francisco se muestra hostil frente a su otra parte debido a una decisión laboral que tiene que tomar en las próximas semanas. Este marcador aparece en la narrativa de Francisco de la siguiente manera “*por un lado creo que debería aceptar el trabajo porque pagan muy bien, pero por otro lado me siento culpable de dejar a Mariana sola con los niños por tanto tiempo*”. La tarea más adecuada ante la presencia del marcador de *conflict split* es el ejercicio de la doble silla. Este ejercicio se refiere a un diálogo entre estos dos aspectos de la persona que le generan dolor y malestar.

Una vez identificado el marcador, se procedió a realizar el ejercicio de doble silla. Se le explicó a Francisco en qué consiste la tarea para determinar si el cliente se encuentra cómodo para realizarla. Luego se colocó una silla frente a frente para iniciar el diálogo. Se pidió a Francisco hablar de estas partes de forma específica y clara. Por otro lado, se le preguntó con qué parte de su *self* desea comenzar el diálogo, este aspecto es muy

importante porque es mejor que el cliente inicie la conversación con la parte con la que se encuentra en mayor contacto en ese momento. En este caso Francisco decidió empezar con su parte crítica, como se observa a continuación:

Cliente: No eres un buen padre y esposo. Ni siquiera puedes generar suficiente dinero para mantenerles. Si no aceptas en trabajo vas a fracasar. ¿Qué le vas a decir a tu esposa cuando no tengas para pagar las pensiones? ¿Le vas a mentir?

Terapeuta: Dile lo que pasaría si no aceptas el trabajo.

C: Si no aceptas este trabajo no vas a tener dinero para mantener a tu familia. Ellos se quedarán en la calle por tu culpa. Eres el responsable de todo lo malo que les sucede, estarían mejor sin ti.

T: Ok, podemos cambiar de silla (*el cliente se mueve a la silla de experimentador*).

C: (*como experimentador*) Estas mal, así no son las cosas (*sonríe*).

Como terapeuta es importante mantener la tensión en el diálogo sugiriendo que el cliente se mueva a la otra silla con el fin de acceder a la reacción afectiva en respuesta a la crítica. Es esencial profundizar en los sentimientos de Francisco (*como experimentador*), para conseguir esta reacción.

T: Sientes que lo que dice tu parte está mal, te hace sentir poco valioso.

C: Me siento pésimo, siento que no sirvo para nada.

T: Te entiendo.

Cuando Francisco dice "*siento que no sirvo para nada*", se percibe que se está ingresando en sus sentimientos.

T: Dices que no sirves para nada ¿Qué sientes cuando escuchas eso?

C: Me siento triste.

T: ¿Por qué te sientes triste?

C: Me siento triste por no darles a mi familia lo que merecen.

T: Entonces dile a esta parte por qué sientes tanta tristeza.

C: Me siento triste por no cumplir con las expectativas que tengo y las que mi familia tiene sobre mí. Quisiera ser capaz de decidir lo del trabajo. Quisiera llegar a un acuerdo y no sentir esta tristeza.

Cuando el cliente expresa lo que necesita “*quisiera llegar a un acuerdo y no sentir esta tristeza*”, se orienta hacia una meta y una posible resolución. Se está hablando de las necesidades del cliente.

Una de las primeras señales de resolución del conflicto se da dentro del ejercicio cuando la parte vulnerable de Francisco emerge: “*todo lo que me ha dicho esta parte me duele mucho, pero no estoy seguro en esta parte de que no soy un buen papá*”. “*Sé que soy bueno, los niños me quieren, siempre juego con ellos y en el tiempo que puedo les abrazo y les digo que los amo, en verdad amo a mis hijos*”. Se le pide a Francisco que le diga a su parte crítica lo que siente.

T: Entonces, Francisco, dile a tu parte crítica lo que me acabas de decir.

C: No estoy de acuerdo contigo en eso de que no soy un buen papá. Siempre estoy pendiente de los niños, y tú sabes el amor que les tengo y el amor que ellos me tienen a mí. Cuando están enfermos quien está ahí soy yo, para cambiarles de ropa, bañarlos y jugar, estoy siempre presente para darles lo mejor de mí.

T: Cambiemos ahora de silla (*el cliente se mueve a la silla crítica*). ¿Qué le quisieras decir a Francisco, dice que si es un buen papá?

C: Es cierto, los niños lo quieren mucho (*aparecen lagrimas*)

T: ¿Qué quieren decir esas lágrimas?

C: (*el cliente se encuentra en silencio por un tiempo*). Pues que tiene razón, adora a sus hijos y siempre han sido su prioridad, no es mal padre (*sonríe*).

En este diálogo fue posible observar como la parte crítica de Francisco va suavizándose. Cuando se observa que la parte crítica se encuentra más accesible, las partes del *self* pueden comenzar a reflexionar y buscar una solución a su conflicto.

T: Hace un momento indicaste que quisieras llegar a un acuerdo entre estas parte

C: Si quisiera tomar una decisión con la que estemos tranquilos y conformes

T: ¿Cuál sería este acuerdo?

C: Si acepto el trabajo en esta ciudad me comprometo a venir pasando un fin de semana para pasar tiempo con Mariana y los niños.

T: Ok, este compromiso es entre estas partes

C: Claro, obviamente es nuestro compromiso para con Mariana y los niños

T: Mm, es un compromiso para con tu familia

C: También estoy pensando en que puedo comunicarme dos veces al día por Skype, en la mañana y en la noche para conversar con mis hijos y mi esposa. Y cada mes y medio podría llevar a mi familia a pasar un fin de semana conmigo. Estoy seguro que a Mariana y a los niños les encantará la idea

T: ¿Cómo te sientes con esta decisión que han tomado estas partes?

C: Me siento cómodo, creo que es la mejor decisión. Estoy contento, siento un peso menos encima

Como resultado de esta intervención se puede observar que las partes del *self* de Francisco que se encontraban en conflicto llegaron a un acuerdo y se sienten conformes con la decisión tomada. Francisco le contó a su esposa acerca de esta decisión y Mariana le mostró su apoyo y aceptación. Tienen mucha confianza de que esta decisión fortalecerá los lazos familiares y ayudará a la economía del hogar.

Asuntos inconclusos (*unfinished business*).

El terapeuta puede evidenciar la presencia del marcador de asuntos inconclusos (*unfinished business*), cuando percibe una sensación de incomodidad y malestar del cliente, hacia otra persona o situación por algún asunto que se encuentra pendiente de resolver (Masquelier, 2015). El cliente se queja o expresa el daño en la relación que mantiene con una persona significativa de su vida (Elliott, et al., 2004). Este marcador se presenta al hablar con Francisco sobre la relación con su madre “*Hace tiempo que no hablo con mi mamá, es algo complicado, no sé cómo empezar...Tenemos una relación distante, nos vemos desde hace una año y he hablado un par de veces con ella, hay mucha fricción entre nosotros*”. Francisco refiere que este alejamiento intencional provocado por su madre le genera dolor y malestar. En el siguiente diálogo terapéutico se observa este marcado:

Cliente: Mi mamá es una persona muy difícil, siempre opinaba de las cosas que yo hacía, y siempre trató de imponerme sus decisiones. Hasta ahora de grande ha querido influir en mi vida y en mi matrimonio. Como ya no me dejo entonces se ha alejado.

T: Lo que quieres decir, es que tu madre ha influido en tus decisiones. Ahora que eres adulto y formaste una familia quiere también decidir por ti. Su alejamiento posiblemente se debe a que tú no aceptas esta intromisión.

C: Si exactamente. Creo que en algún momento de mi adolescencia, se metió tanto en mi vida que no me dejaba experimentar con las cosas. Siento que no confiaba en mí y no quería que sea libre.

Al identificar este marcado se procedió a realizar el ejercicio de silla vacía a través del juego de roles en el que Francisco mantuvo una conversación con su madre. En primer lugar, se le explicó al cliente en qué consiste este ejercicio. Una vez que el cliente se muestra dispuesto para participar en el diálogo, la terapeuta ayuda a Francisco a evocar la

imagen de su madre en la otra silla. Es importante que el cliente haga contacto con esta imagen, lo que significa que la persona está atravesando por una experiencia real de forma directa e inmediata, como se presenta a continuación:

T: ¿Puedes imaginar a tu madre sentada en esta silla?

C: Es un poco difícil.

T: Tómame unos minutos. ¿Puedes visualizarla?

C: Si, la puedo ver. No está muy contenta.

T: ¿Por qué no está contenta?

C: Por lo general cuando estoy con ella, tiende a poner esa expresión en su rostro.

T: ¿A qué te refieres con esa expresión?

T: Como sería. No sonrío ni está enojada. Creo que no le agrada estar conmigo.

Una vez que Francisco evocó la imagen de su madre lo suficiente, el objetivo del diálogo es ir más allá de estas respuestas iniciales y diferenciar el significado y sentimientos subyacentes, así como fomentar la expresión de estados emocionales primarios.

T: Dices que no le agradas. ¿Qué sientes cuando le miras y ves que no le agradas?

C: Siento miedo y tristeza porque no soy el hijo que ella esperaba que fuera.

T: Que le dirías a tu mamá al ver que no se cumplieron las expectativas que tenía sobre ti.

C: Siempre has esperado mucho de mí, no crees que puedo ser una persona independiente. Críticas mis decisiones y me haces sentir que no valgo nada.

T: ¿Puedes decirle cómo te sientes?

C: *(El cliente se toma unos minutos de silencio)*. Creo que no, para que

Lamentablemente, en esta parte de la intervención fue posible observar la incomodidad y el malestar que le produce a Francisco hablar con su madre. Físicamente,

el cliente se muestra nervioso y se pone a llorar. En este punto el cliente tomó la decisión de parar la intervención. La terapeuta acepta empáticamente la decisión de Francisco brindándole apoyo frente al dolor que experimenta.

T: Francisco, veo que te sientes muy afectado y vulnerable al hablar de tu mamá.

C: Si, nunca pensé que me afectaba tanto.

T: Ok, parecía que esta situación con tu madre no era tan grave.

C: Pensé que en algún momento de mi vida, al tener a mi hijos y mi esposa conmigo los sentimientos hacia mi mamá desaparecerían.

A pesar de que en otra ocasión se evidenció nuevamente el marcador de asuntos inconclusos frente a su madre, Francisco decidió no trabajar en este proceso terapéutico este tema. El cliente refirió que su prioridad del momento es su familia nuclear; sin embargo, no descarta la opción de trabajar la relación con su madre en una terapia futura.

Importancia del estudio

El presente estudio de caso es importante porque puede beneficiar para otros estudiantes de psicología clínica y profesionales de la salud mental, que se encuentren interesados en conocer los efectos de la Terapia Focalizada en la Emoción en una persona que presenta dificultad para controlar sus emociones, principalmente la ira, lo que dificulta la relación con su pareja. De igual forma, puede ser beneficioso personas que deseen conocer métodos para ponerse en contacto con sus emociones de tal manera que puedan identificarlas, expresarlas, entenderlas, brindarles un significado y descubrir las necesidades que surgen en relación a estas emociones (Greenberg, 2011). Adicionalmente, este estudio es importante para el cliente porque logró identificar las emociones que experimentaba frente a su esposa y sus padres, elaboró estas emociones y descubrió las necesidades que se encontraban detrás de las mismas. Con el cambio obtenido, el cliente

disminuyó sus expresiones de ira, lo que ayudó a mejorar la comunicación con su esposa. Por último, a través de la realización de este estudio se añade un caso más que ha sido tratado con éxito, lo que corrobora la presunción de que la EFT es la metodología más adecuada para este tipo de cliente que presentan conflictos interpersonales.

Resumen de experiencia y sesgos del autor

La experiencia que se tuvo con este cliente fue positiva. Se percibió que el cliente estuvo comprometido con el proceso terapéutico, se presentó de forma sincera y auténtica. El cliente mostró marcada habilidad para relajarse, por lo tanto los ejercicios sugeridos en sesión fueron fácilmente ejecutados y se realizaron de acuerdo a las técnicas y herramientas de la Terapia Focalizada en la Emoción. Debido a la accesibilidad mostrada por el cliente se generó una buena alianza terapéutica. Al mismo tiempo, el elevado grado de empatía pudo haber generado un sesgo en la terapeuta favorable hacia el cliente, mismo que fue adecuadamente manejado en las sesiones terapéuticas. De igual manera, los resultados cualitativos también son susceptibles de sesgo debido a que provienen de las percepciones de la terapeuta en base a la información recopilada durante la terapia.

CONCLUSIONES

Respuesta a la pregunta de investigación

Este estudio de caso es una evidencia más de que la Terapia Focalizada en la Emoción puede generar cambios importantes en los estados emocionales que experimentan las personas. De acuerdo a este enfoque, las emociones tienen la capacidad innata de adaptarse, cuando estas se encuentran activadas, es posible transformar dichas emociones o experiencias que causan dificultad en los clientes (Greenberg, 2011). El elemento principal para realizar este cambio es el procesamiento de los estados emocionales y el surgimiento de dar sentido a las emociones. En la Terapia Focalizada en las Emociones el tomar conciencia, expresar, regular, reflexionar y transformar las emociones son procesos fundamentales que generan cambio en el cliente (Greenberg y cols., 2009). En este caso, fue posible observar que Francisco logró ponerse en contacto y tomar conciencia de las emociones que surgían frente a las personas significativas de su vida. También, pudo elaborar y reflexionar sobre estas emociones y descubrió las necesidades que se encontraban tras estas emociones.

De igual manera, se observó un cambio en la narrativa del cliente. Según Angus y Greenberg (2011), la narrativa es el proceso por el cual la persona da un significado a su experiencia a través del lenguaje. En este sentido, Francisco encontró la causa de sus expresiones de ira, culpa, tristeza y miedo, logró verbalizarlas y cambiar su narrativa por una más adaptativa. De igual forma, mediante la expresión oral el cliente buscó formas más adecuadas para expresar sus emociones, pensamientos y necesidades frente a su esposa, mejorando de esta manera la comunicación con su pareja. Al finalizar el proceso de terapia se pudo observar una mejora en los síntomas de ansiedad y angustia presentados al inicio de la terapia. De igual forma, Francisco se muestra positivo y motivado por su futuro.

Discusión

De manera general es posible indicar que el cliente experimentó varios cambios positivos relacionados con el control de sus emociones y la forma en que estas afectaban su relación de pareja. Es posible inferir que Francisco identificó las emociones desadaptativas experimentadas y las transformó en emociones funcionales. El cambio en la narrativa del cliente demostró que el proceso terapéutico aplicado a Francisco tuvo el efecto deseado. En este sentido, fue posible observar cambios en los marcadores de reacciones problemáticas, sensación confusa y divisiones internas que causan conflicto.

En el marcador de reacciones problemáticas, el cliente pudo identificar que las emociones que surgían detrás de la ira que experimentada frente a su esposa, eran emociones de tristeza y miedo. Francisco relacionó esta ira con la que sentía en su infancia cuando su padre por su situación laboral, tenía que ausentarse frecuentemente del hogar y ahora él presenta el mismo comportamiento. Las emociones ocultas tras la ira son emociones de tristeza y miedo al sentir que podría perder a su familia. De igual manera, pudo identificar la emoción relacionada a la culpa que experimentaba al sentir que no podía cumplir las expectativas de su esposa en relación al cuidado de su familia. En este sentido, el cliente relacionó estos sentimientos de culpa con la culpabilidad que le hace sentir su madre al no cumplir con sus expectativas.

Como resultado de esta intervención, el cliente exploró el origen de sus comportamientos y emociones y logró entender el porqué de estas reacciones. De igual manera, estuvo dispuesto a encontrar otras formas de enfrentar estos eventos problemáticos expresando a su esposa de forma clara sus necesidades y las emociones que experimenta al pensar que puede perder a su familia. También, buscó otras estrategias laborales para poder brindar a su familia la presencia de un padre y esposo.

En el marcador de sensación confusa, el cliente brindó un significado a la sensación corporal de presión sentida en su pecho y un aspecto de su realidad personal. Francisco relacionó esta sensación sentida con la dificultad que presenta al expresar sus emociones y pensamientos. Adicionalmente, el ejercicio del *focusing* no solo ayudó al cliente con la sensación confusa sentida durante el proceso sicoterapéutico, sino que le cliente aprendió esta herramienta para aplicarla en situaciones en las que otras sensaciones corporales se presenten.

Finalmente, en el marcador de divisiones internas que causan conflicto, el cliente logró llegar a un acuerdo entre las partes de su *self* en relación a la decisión de aceptar la oferta laboral en otra ciudad. Esta decisión ha sido apoyada por su esposa y el cliente se muestra contento por la decisión tomada. Los resultados positivos obtenidos en estos marcadores refuerzan la eficacia y efectividad de la Terapia Focalizada en la Emoción en clientes que presentes conflictos interpersonales.

Sin embargo, no se obtuvo resultados relevantes relacionados al marcador de asuntos inconclusos que mantiene el cliente con su madre. En este sentido, una vez aplicado la técnica de silla vacía y a pesar de los esfuerzos del cliente no fue posible generar el cambio deseado. Francisco decidió no seguir trabajando en el tema relacionado con su madre debido a que le generaba mucho malestar e incomodidad.

Por otro lado, en los resultados obtenidos a través de la aplicación del SCL-90-R, se muestran un cambio significativo de los síntomas referidos por el cliente. En la escala de Sensitividad Interpersonal (SI) en la pre intervención mostró un puntaje de T=67 y en la post intervención un valor T=25. De igual forma, en la escala de Ansiedad (ANS) en la primera administración presentó una puntuación T=70 y al finalizar el tratamiento un valor T=10. Por último, en la escala de Hostilidad (HOS) al inicio del proceso terapéutico mostró un puntaje T=83 y al finalizar el proceso un valor T=17. Es posible que los

cambios en los valores de la sintomatología experimentada por el cliente se deban a que a través del proceso de sicoterapia Francisco exploró e identificó las emociones de tristeza y miedo que surgían frente a su esposa y sus padres, y descubrió el significado y las necesidades propias que se encontraban tras la aparición de estas emociones. También, logró manejar de forma adecuada las reacciones, en especial la ira, que se presentaba frente a su pareja o cuando surgía una situación estresante. Además, dejó de experimentar la ansiedad y angustia que le producían al tener que tomar la decisión de trabajar fuera de la ciudad y estar alejado de su familia, al encontrar herramientas que le permitan cumplir con sus exigencias laborales sin descuidar a su esposa e hijos. De igual forma, pudo identificar ciertas sensaciones corporales experimentadas en su pecho, y el significado que se encontraba detrás de estas sensaciones.

Por último, el establecimiento de una alianza terapéutica adecuada pudo haber influenciado en los resultados obtenidos durante el proceso de sicoterapia. De esta forma, pudo deberse al compromiso, sinceridad y empatía generada por ambas partes. Al ser la terapeuta una adulta joven con una realidad familiar similar a la del cliente, esta pudo comprender mejor la situación por la que atravesaba Francisco, y aportar de manera positiva al fortalecimiento de la alianza terapéutica.

Limitaciones del estudio

El presente trabajo tiene varias limitaciones. En primer lugar, los resultados de este estudio no pueden ser generalizados a la población general debido a que se trata de un estudio de caso. En segundo lugar, la interpretación de los resultados por parte de la terapeuta podría mostrarse de forma subjetiva. Sin embargo, la aplicación de las técnicas utilizadas dentro de las sesiones, así como la supervisión constante de la profesora de terapia humanista pueden confrontar esta limitación. En tercer lugar, existe una limitación

en cuanto a que este estudio de caso es único, por este motivo es importante tomar en cuenta tanto las características personales del cliente así como la forma de trabajar de la terapeuta. De igual forma, existen otros factores externos que pueden influir en el proceso tales como: el entorno, situaciones estresantes, crisis familiar, salud, etc. Finalmente, los resultados obtenidos en el transcurso de las sesiones terapéuticas no pueden compararse con otra persona o grupo debido a que es un caso único.

No obstante, si bien existen varias limitaciones, este estudio de caso brinda al público un ejemplo claro a cerca de la aplicación de las herramientas ofrecidas por la EFT, así como la importancia de las emociones y la narrativa dentro de este enfoque.

Recomendaciones para futuros casos, estudios e intervenciones

Para futuros casos es importante tomar en cuenta el grado de imparcialidad del terapeuta. Es posible que al generar excesiva empatía con el cliente se tienda a favorecer involuntariamente los criterios y eventos narrados por la persona. Adicionalmente, es recomendable la generación de más estudios como este con su respectiva difusión en medios especializados de manera que se fortalezca el entendimiento de esta importante herramienta para comprender las emociones del ser humano. Por último, se recomienda poner especial atención al nivel de genuinidad presentada por el terapeuta ya que esto contribuye al fortalecimiento de la alianza terapéutica.

Resumen general

A consulta se presenta un cliente de edad comprendida entre 30 y 40 años, al que por motivo de confidencialidad se le llamó Francisco. El cliente se encuentra casado desde hace varios años con Mariana (nombre ficticio), la pareja tiene dos hijos. Francisco requirió ayuda profesional debido a que presentaba dificultades para manejar y controlar sus emociones, principalmente la ira, por ésta razón mantenía problemas en la relación con

su esposa. Las reacciones de Francisco hacia Mariana fueron escalando en frecuencia e intensidad, por lo que surgió en la pareja la necesidad de acudir a terapia individual para resolver sus conflictos personales y posteriormente ir a terapia de pareja.

Una vez expuesta la problemática del cliente, se decidió aplicar el enfoque de la Terapia Focalizada en la Emoción (EFT), la misma que ha mostrado efectividad y eficacia en la intervención de conflictos interpersonales. La Terapia Focalizada en la Emoción fue desarrollada por Leslie Greenberg. Tiene como principal objetivo el trabajo sicoterapéutico enfocado en las emociones. De acuerdo a la EFT, las emociones tienen la capacidad innata de adaptarse, por esta razón, se puede transformar los estados emocionales de los clientes, a través de la exploración, identificación, regulación, reflexión y transformación de estas emociones (Greenberg y cols., 2009). Cuando las emociones desadaptativas se han transformado en emociones más funcionales, el cliente podrá construir una nueva narrativa que le permita brindar un significado adecuado de las emociones experimentadas (Angus y Greenberg, 2011).

Adicionalmente, en relación a la metodología utilizada se aplicó el método mixto, es decir que los resultados encontrados se presentan de forma cuantitativa y cualitativa. En el método cuantitativo se encuentran los datos obtenidos a través del cuestionario SCL-90-R, que mide los cambios sintomatológicos experimentado por el cliente y a través del Inventario de Alianza Terapéutica (WAI) que mide el desarrollo de la relación entre el terapeuta y el cliente. De igual forma, mediante el método cualitativo fue posible observar los cambios del cliente en el transcurso de las sesiones de terapia psicológica.

Durante el proceso de sicoterapia se identificaron varios marcadores que indicaron la presencia de algún conflicto en el cliente, para lo que fue necesaria la intervención terapéutica. El marcador de reacciones problemáticas reveló la necesidad de explorar la experiencia emocional relacionada con su esposa, para encontrar el origen de esta reacción

y que el cliente aprender a manejarla. Con esta finalidad se empleó la técnica de imaginiería (*evocative unfolding*). También se identificó el marcador de sensación confusa, el cliente presentaba una sensación corporal interna que no podía expresar con palabras. Para este marcador se utilizó la técnica de *focusing* que permite acceder a la experiencia significativa que vive el cuerpo e identificar las emociones, conductas o pensamientos que se encuentran tras estas sensaciones.

También se identificó el marcado de divisiones internas que provocan conflicto (*conflict split*). Una parte del *self* del cliente se sentía culpable por tener que tomar la decisión de irse a trabajo temporalmente en otra ciudad y dejar a su esposa e hijos, y la otra parte aceptar esta oferta laboral. Para este marcador se utilizó el ejercicio de la doble silla. Por último, se identificó que el cliente mantenía asuntos inconclusos con su madre. Este marcador revela la incomodidad y malestar que presenta el cliente hacia su madre, por algún conflicto pasado no resuelto entre las partes. Al presentarse este indicador se aplicó el ejercicio de silla vacía.

En los resultados cuantitativos obtenidos mediante la administración del SCL-90-R, se muestran un cambio significativo relacionado con la sintomatología experimentada por el cliente. En este sentido, al inicio del proceso sicoterapéutico el cliente mantenía valores clínicamente significativos $T > 63$ en la escala de Sensitividad Interpersonal (SI) $T=67$, Ansiedad (ANS) $T=70$, y Hostilidad (HOS) $T=83$. Una vez concluido el proceso terapéutico se evidenció significativo en la sintomatología presentada por el cliente es dichas escalas. En la escala de Sensitividad Interpersonal (SI) presenta un valor de $T=25$. Esto indica que los sentimientos de inadecuación e inferioridad experimentados por el cliente han disminuido. De igual forma, en la escala de Ansiedad (ANS) presenta un valor $T=10$. Esta disminución quiere decir que el cliente está dejando de experimentar sentimientos relacionados con la ansiedad, tales como la tensión y el miedo. Finalmente,

en la escala de Hostilidad (HOS) muestra un valor de $T=17$ lo que indica la disminución de las ideas, sentimientos y conductas negativas.

En los resultados obtenidos a través de la aplicación del Inventario de Alianza Terapéutica (WAI), muestran puntuaciones globales elevadas en las dos administraciones. En la primera administración se obtuvo una puntuación de 245 y en la segunda administración una puntuación de 243, en comparación con el puntaje máximo que se puede obtener en este inventario (252 puntos). Lo que significa la presencia de una alianza terapéutica significativamente positiva.

Por otro lado, en los resultados cualitativos fue posible observar un cambio favorable en los marcadores de reacciones problemáticas, sensación confusa y divisiones internas que causan conflicto. En el marcador de reacciones problemáticas, el cliente pudo explorar el origen de sus comportamientos y sentimientos al identificar las emociones que surgían tras la ira (miedo y tristeza), presentada frente a su esposa, con la ira que presentaba en su infancia frente a su padre. De igual forma, en el marcador de sensación confusa, el cliente relacionó la sensación sentida de presión en su pecho con la dificultad que presenta al expresar sus emociones y pensamientos. Por último, en el marcador de divisiones internas que causan conflicto, el cliente logró llegar a un acuerdo entre las partes de su *self* en relación a la decisión de aceptar la oferta laboral en otra ciudad. Sin embargo, no fue posible generar un cambio en el marcador de asuntos inconclusos ya que el cliente refirió que el tema relacionado con su madre le generaba incomodidad y malestar.

Finalmente, se concluyó que el proceso de transformación de Francisco llegó hasta el punto esperado. Es decir, que a través de la aplicación de la Terapia Focalizada en las Emociones, el cliente identificó cada una de las emociones que surgían frente a diversas personas significativas de su vida, pudo elaborar estas emociones y descubrir las necesidades que se encontraban detrás de dichas emociones. Esto resultó en una

disminución de sus expresiones de ira, lo que contribuyó al mejoramiento de la comunicación con su pareja. De igual forma, se observó un cambio en la narrativa de Francisco alrededor de sus emociones y su historia de vida, que le permitió tener una perspectiva diferente de su futuro.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Revised*, 4th. ed. Washington, DC, EE.UU: El Autor.
- American Psychiatric Association. (2010). *Ethical Principals of Psychologists and Code of Conduct*. Washington, DC, EE.UU: El Autor.
- Angus, L. E. & Greenberg, L. S. (2011). *Working with narrative in emotion-focuses therapy: Changing stories, healing lives*. American Psychological Association. Washington, DC.
- Bozarth, J., Zimring, F. & Tausch, R. (2008). *Humanistic psychotherapies: client centered therapy*. Washington DC: Cain Seeman.
- Burgdorf, J. & Panksepp, J. (2006). The neurobiology of positive emotions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(2), 173-187.
- Caparrós Caparrós, B., Villar, E. J., Ferrer, J. & Viñas, P. F. (2007). Symptom Checklist-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International journal of clinical and healt psychology*, vol. 7, núm 3, p. 781-794.
- Castro, A. (2008). *Psicología clínica: Fundamentos existencialistas*. Colombia: Ediciones Uninorte.
- Cerda, M. (2012). *Cielo Azul: Psicología y psicoterapia humanista y transpersonal*. Santiago, Cl: Ril Editores.
- Cooper, M., O'hara, M., Schmid, P. & Bohart, A. (2012). *The handbook of person-centered psychotherapy and counselling*. Palgrave Mcmillan.
- Cornell, A. W. (2013). *Focusing in clinical practice: The essence of change*. WW Norton & Company.
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J., & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 280-291.

- Derogatis, L. R. & Unger, R. (2010). Symptom checklist-90-revised. *Corisini encyclopedia of psychology*.
- Domínguez, E. & Herrera, J. D: (2013). La narrativa en psicología: definición y funciones. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 620-641.
- Duque, C. J. (2010). Carl Rogers, practical and theoretical reflections. *Psicología desde el Caribe*.
- Elliott, R. (2008). The effectiveness of humanistic therapies: a metaanalysis. [American Psychological Association](#), 28 (57-81).
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, Rh. N. & Greenberg, L.S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy. The Process-Experiential Approach to Change*. American Psychological Association. Washington, DC.
- Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L. S., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*, 495-538.
- Gendlin, E., T. (2012). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. Guilford Press.
- Greenberg, L. J., Warwar, S. H., & Malcolm, W. M. (2008). Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 185.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11 (1), 3-16.
- Greenberg, L. S. (2010). Two-chair technique. Common language for psychotherapy procedures. *The first* 80, 202.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy: Theories of psychotherapy series*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., Elliott, R., & Pos, A. (2009). La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto. *Boletín Científico*, 142.
- Greenberg, L.S. (2010). Terapia Focalizada en la Emoción. Una síntesis clínica. *FOCUS, The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 7(1), 32-42.

- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research, 16*(5), 537-549.
- Hatcher, R. L. & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working Alliance inventory. *Psychotherapy Research, 16*(1), 12-25.
- Hollist, C. S., & Miller, R. B. (2005). Perceptions of Attachment Style and Marital Quality in Midlife Marriage. *Family Relations, 54*(1), 46-57.
- Jiménez, F. (2005). La práctica del consejo psicológico. Alicante, ES: Gamma.
- Lander, I. (2009). Repairing Discordant Student-Teacher Relationships: A Case Study Using Emotion-Focused Therapy. *Children & Schools, 31*(4), 229-238.
- Martínez, A. I., & Dropf, A. I. (2008). Psicología clínica: contenidos y aplicaciones. *Revista de análisis transaccional y psicología humanista, (59)*, 297-320.
- Masquelier, G. (2015). *Gestalt Therapy: Living creatively today*. Santa Cruz, CA: The GestaltPress.
- Nagy, T. F. (2011). *Essential ethics of psychologist: A primer for understanding and mastering core issues*. American Psychological Association.
- Navis, E. C. (2014). *Gestalt therapy: Perspectives and applications*. CRC Press.
- Osorio, M. C. H. (2013). Del surgimiento de la psicología humanista a la psicología humanista-existencial de hoy. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 4*(1), 83-100.
- Paivio, S. C., Jarry, J. L., Chagigiorgis, H., Hall, I., & Ralston, M. (2010). Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy research, 20*(3), 353-366.
- Reeve, J. (2010). *Motivación y Emoción*. México: McGraw-Hill.
- Rey, J. S. (2005). Hacia una biografía del self. *Boletín de Psicología, (85)*, 41-88.

- Romero, S.V., Ayuso, R. C., & Aguilar, J. P. D. (2013). Intervención grupal en foco mediante imaginación en niños/adolescentes con dificultades en el manejo de la ira. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, (41).
- Rostami, M., Taheri, A., Abdi, M., & Kermani, N. (2014). The Effectiveness of Instructing Emotion-focused Approach in Improving the Marital Satisfaction in Couples. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 114, 693-698.
- Santibáñez, P. M., Román, M. F. & Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Schneider, K. J., Pierson, J. F. & Bugental, J. F. (2014). *The handbook of humanistic psychology: theory, research, and practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Vöhringer, C., Pérez, J. C., Martínez, C., Altamir, C., Dagnino, P., Suárez, N. & Krauser, M. (2013). Working Alliance Inventory versión observacional: traducción, adaptación y validación al castellano. *Terapia psicológica*, 31(3), 301-311.
- Walson, W. & Stanley, P. (2008). *Humanistic psychotherapies: the self in psychotherapy*. Washington, DC: Cain Seeman.
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 773.
- Yontef, G. (2006). The Relational Attitude in Gestalt Therapy Theory and Practice. *IGT na Rede*, 3 (4).
- Zalbidea, M. A., Carpintero, H. & Mayor, L (1990). Condiciones del surgimiento y desarrollo de la Psicología Humanista. *Revista de Filosofía*, 3,71.

ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTAS SICOLÓGICAS USFQ

Fecha: _____

Yo _____ (nombre del cliente mayor de edad) acepto voluntariamente venir a consultas psicológicas con el/la estudiante de último año de Psicología Clínica _____ (nombre del estudiante en práctica).

1. Sé que puede retirarse en cualquier momento.
2. Sé que la persona que me atiende es un estudiante de quinto año de psicología clínica y que está en proceso de aprendizaje.
3. Acepto que el estudiante puede cometer errores en este proceso de aprendizaje.
4. Sé que el/la estudiante que me atiende será directamente supervisado/a por un profesor/a durante todo este proceso.
5. Acepto que se filme y/o que se tome notas de todas las sesiones terapéuticas.
6. Acepto que se converse sobre lo que digo y hago en sesión con fines académicos únicamente y sé que se mantendrá anónimo mi nombre y cualquier información que facilite mi reconocimiento.
7. Acepto que mi caso sea utilizado académicamente como parte de una investigación.
8. Sé que se guardará absoluta reserva sobre mi identidad, de manera que cualquier información que se comparta no permitirá mi identificación.
9. Sé que el/la estudiante que me atiende, romperá la confidencialidad en el caso de que yo revele información que me ponga directamente en riesgo físico a mi o a los que me rodean, o si intenta cometer algo contra la ley.
10. Sé que las consultas son gratuitas.
11. Me comprometo a cancelar la cita telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación.
12. Sé que si incumplo dos veces en venir a las citas sin previa cancelación, perderé mi derecho a continuar este proceso terapéutico y que otra persona cogerá mi turno.
13. Sé que la persona que me atiende debe venir puntualmente a la cita, y si tiene que cancelar la cita deberá llamarme con por lo menos 1 hora de anticipación.
14. Sé que si tengo algún inconveniente, puedo acudir a Teresa Borja (02-2971700 ext. 1264, 0999803001) coordinadora del Departamento de Psicología de la USFQ.

Yo, _____ estudiante de último año me comprometo a seguir las normas éticas de la APA para psicólogos clínicos. También me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a cancelarlas telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación.

Nombre, número de celular y firma de la persona que recibe atención psicológica

Firma de el/la practicante de último año de Psicología Clínica

ANEXO B: SCL-90-R

**SCL90 Test de Síntomas L. R. Derogatis.
Adaptación USFQ 2011.**

Nombre _____

Edad _____

Fecha de hoy _____

Sexo: Mujer Hombre

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Superior incompleto
 Primario completo Secundario completo Superior completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a Casado Separado En pareja

Ocupación: _____

Lugar de nacimiento: _____

Lugar de residencia actual: _____

A continuación hay una lista de problemas que tiene la gente.

Lea y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se ha sentido o en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado

durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado					
DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA ÚNICAMENTE (7 días).					
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Critico a los demás.					
7. Siento que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Siento que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tengo dificultad para memorizar cosas.					
10. Estoy preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Me siento enojado/a, malhumorado/a.					

Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA ÚNICAMENTE					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Me siento con muy pocas energías.					
15. Pienso en quitarme la vida.					
16. Escucho voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Pierdo la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tengo ganas de comer.					
20. Llora por cualquier cosa.					
21. Me siento incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Me siento atrapada/o o encerrado/a.					
23. Me asusto de repente sin razón alguna.					
24. Exploto y No puedo controlarme.					
25. Tengo miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Me siento culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No puedo terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Me siento solo/a.					
30. Me siento triste.					
31. Me preocupo demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tengo interés por nada.					
33. Tengo miedos.					
34. Me siento herido en mis sentimientos.					
35. Creo que la gente sabe lo que estoy pensando.					
36. Siento que no me comprenden.					
37. Siento que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Me siento inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Siento que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tengo problemas para dormirme.					
45. Tengo que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tengo dificultades para tomar decisiones.					
47. Tengo miedo de viajar en tren, bus, metro o subterráneos.					
48. Tengo dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tengo que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Siento que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tengo un nudo en mi garganta					

<p>Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado</p> <p>durante la última semana (7 días).</p>	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
54. Pierdo las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Siento flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Me siento muy nervioso/a, agitado/a					
58. Siento mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pienso que me estoy por morir.					
60. Como demasiado.					
61. Me siento incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tengo ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesito golpear o lastimar a alguien.					
64. Me despierto muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repito muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Duermo con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesito romper o destrozar cosas.					
68. Tengo ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estoy muy pendiente de lo que los otros puedan pensar de mí.					
70. Me siento incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Siento que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tengo ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Me siento mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Me meto muy seguido en discusiones.					
75. Me pongo nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Siento que los demás no me valoran como merezco.					
77. Me siento solo/a aún estando con gente.					
78. Estoy inquieto/a; No puedo estar sentado/a sin moverme.					
79. Me siento un/a inútil.					
80. Siento que algo malo me va a pasar.					
81. Grito o tiro cosas.					
82. Tengo miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Siento que se aprovechan de mí si lo permito					
84. Pienso cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Siento que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tengo imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Siento que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Me siento alejado/a de las demás personas.					
89. Me siento culpable.					
90. Pienso que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

ANEXO C: INVENTARIO DE ALIANZA TERAPÉUTICA WAI

W A I – Inventario de Alianza Terapéutica CLIENTE

Instrucciones

A continuación hay algunas oraciones que describen diversas maneras en las cuales una persona puede pensar o sentir acerca de su psicólogo.

Responda rápidamente, sin pensar mucho y marque la primera respuesta que le venga a la mente.

Por favor recuerde responder a todos los ítems

Use la siguiente escala para expresar como se siente con su psicólogo.

NUNCA	RARA VEZ	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	MUCHISIMAS VECES	SIEMPRE
1	2	3	4	5	6	7

Si la oración describe la manera en la cual siempre se siente o piensa sobre su psicólogo, encierre el número 7; si esta situación nunca se aplica encierre el número 1. Use los números intermedios para describir las formas intermedias de acuerdo a cómo se siente.

Este cuestionario le permitirá a su psicólogo reflexionar sobre el proceso sicoterapéutico y brindarle un mejor servicio

Gracias por su cooperación.

ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR SU SICÓLOGO

Nombre del Psicólogo: _____ Sesión No. _____ Fecha: _____
Tipo de Terapia: <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Humanista <input type="checkbox"/> Sicodinámica <input type="checkbox"/> Familiar
<input type="checkbox"/> Integrativa <input type="checkbox"/> Otro (indique) _____
Nombre del Cliente: _____

		NUNCA	RARA VEZ	POCAS VECES	AGLUNAS VECES	MUCHAS VECES	MUCHISIMAS VECES	SIEMPRE
1	Me siento incómodo con mi sicólogo/a	1	2	3	4	5	6	7
2	Mi sicóloga/o y yo estamos de acuerdo en lo que necesito hacer para mejorar mi situación	1	2	3	4	5	6	7
3	Me siento preocupado por los resultados que puedan tener estas consultas	1	2	3	4	5	6	7
4	Lo que hago en terapia me permite ver salidas diversas para resolver mi problema	1	2	3	4	5	6	7
5	Mi sicóloga/o y yo nos entendemos	1	2	3	4	5	6	7
6	Mi sicóloga/o percibe de manera acertada cuales son mis metas para estas consultas	1	2	3	4	5	6	7
7	Me siento confundido con lo que hacemos durante las sesiones terapéuticas	1	2	3	4	5	6	7
8	Yo creo y siento que le agrado a mi sicóloga/o	1	2	3	4	5	6	7
9	Me gustaría que mi sicóloga/o y yo pudiéramos clarificar mejor los objetivos de las sesiones	1	2	3	4	5	6	7
10	Estoy en desacuerdo con mi sicóloga/o acerca de lo que yo debería lograr de la terapia	1	2	3	4	5	6	7
11	Creo que es ineficiente o poco productivo el tiempo dedicado a terapia	1	2	3	4	5	6	7
12	Mi sicóloga/o no entiende lo que yo quiero conseguir con la terapia	1	2	3	4	5	6	7
13	Tengo claro cuales son mis responsabilidades en este proceso de terapia	1	2	3	4	5	6	7
14	Los objetivos de estas sesiones son importantes para mi	1	2	3	4	5	6	7
15	Lo que hacemos en terapia es irrelevante con mis preocupaciones o problemas	1	2	3	4	5	6	7
16	Yo siento que lo que hacemos en terapia me ayuda a cambiar o resolver mis preocupaciones o problemas	1	2	3	4	5	6	7
17	Yo siento que mi sicóloga/o está realmente interesado/a en mi bienestar	1	2	3	4	5	6	7

		NUNCA	RARA VEZ	POCAS VECES	AGUNAS VECES	MUCHAS VECES	MUCHISIMAS VECES	SIEMPRE
18	Tengo claro lo que mi sicóloga/o espera de mi en las sesiones	1	2	3	4	5	6	7
19	Mi sicóloga/o y yo nos respetamos mutuamente	1	2	3	4	5	6	7
20	Siento que mi sicóloga/o no es totalmente honesta/o acerca de la forma como se siente conmigo	1	2	3	4	5	6	7
21	Yo confio en la habilidad de mi sicóloga/o para ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
22	Mi sicóloga/o y yo trabajamos para alcanzar metas en las que ambos estamos de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7
23	Yo siento que mi sicóloga/o me aprecia	1	2	3	4	5	6	7
24	Mi sicóloga/o y yo estamos de acuerdo en lo que es importante trabajar para mi	1	2	3	4	5	6	7
25	Como resultado de estas sesiones me he dado cuenta de cómo yo puedo cambiar para estar mejor	1	2	3	4	5	6	7
26	Mi sicóloga/o y yo confiamos el uno en el otro	1	2	3	4	5	6	7
27	Mi sicóloga/o y yo tenemos ideas diferente sobre cuales son mis problemas	1	2	3	4	5	6	7
28	La relación con mi sicóloga/o es muy importante para mi	1	2	3	4	5	6	7
29	Siento que si digo o hago cosas equivocadas mi sicóloga/o va a dejar de trabajar conmigo	1	2	3	4	5	6	7
30	Mi sicóloga/o y yo conjuntamente determinamos metas para mi terapia	1	2	3	4	5	6	7
31	Me siento frustrada/o o molesta/o con las cosas que hago en terapia	1	2	3	4	5	6	7
32	Hemos logrado un buen entendimiento en cuanto a los cambios que serian buenos para mi	1	2	3	4	5	6	7
33	Las cosas que mi sicóloga/o me pide que haga carecen de sentido para mi	1	2	3	4	5	6	7
34	Yo no sé que esperar de los resultados de esta terapia	1	2	3	4	5	6	7
35	Considero que la forma en que estamos trabajando con mis problemas es correcta	1	2	3	4	5	6	7
36	Siento que a mi psicóloga/o le importo aun cuando hago cosas con las que no está de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7

Método de calificación para el Inventario de Alianza Terapéutica Versión Cliente y Terapeuta

Nota: Los ítems reversibles (R) están marcados con un REVERTIR

Working Alliance Scoring

Componentes:

Tarea			Vínculo			Objetivos			
Ítem #	NR/R	Valor	Ítem #	NR/R	Valor	Ítem #	NR/R	Valor	
2	+		1	REVERTIR		3	REVERTIR		
4	+		5	+		6	+		
7	REVERTIR		8	+		9	REVERTIR		
11	REVERTIR		17	+		10	REVERTIR		
13	+		19	+		12	REVERTIR		
15	REVERTIR		20	REVERTIR		14	+		
16	+		21	+		22	+		
18	+		23	+		25	+		
24	+		26	+		27	REVERTIR		
31	REVERTIR		28	+		30	+		
33	REVERTIR		29	REVERTIR		32	+		
35	+		36	+		34	REVERTIR		
TOTAL			TOTAL			TOTAL			Total Global

1. REVIERTA LOS ÍTEMS INDICADOS
2. DESPUÉS DE REVERTIR, SUME EL TOTAL PARA CADA COMPONENTE

*Los ítems NO REVERSIBLES son calificados del 1 al 7, de acuerdo a cómo el cliente marcó ese ítem.

* REVERTIR: Se califica al revés de lo que indica el cliente. Por ejemplo, si el cliente marcó 1 debe revertir a 7; si marcó 2 debe revertir a 6; etc. De tal manera que: 7=1; 6=2; 5=3; 4=4; 3=5; 2=6; 1=7

*Se pueden sumar las calificaciones para el componente de tarea, vínculo y objetivos de manera separada, y también se pueden sumar todo para sacar una calificación global.