

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Eficacia de la EFT para la facilitación del procesamiento emocional en mujeres maltratadas en la infancia que presentan procesos limítrofes**

**Proyecto de Investigación**

**Gloria Leyla Fanning Tacoaman**

**Psicología Clínica**

Trabajo de titulación presentado como requisito  
para la obtención del título de  
Psicólogo Clínico

Quito, 27 de noviembre de 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ  
COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Eficacia de la EFT para la facilitación del  
procesamiento emocional en mujeres maltratadas en la  
infancia que presentan procesos limítrofes**

Gloria Leyla Fanning Tacoaman

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Teresa Borja, Ph.D.

Firma del profesor

---

Quito, 27 de noviembre de 2018

### **Derechos de Autor**

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

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

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: Gloria Leyla Fanning Tacoaman

Código: 00124411

Cédula de Identidad: 1003992201

Lugar y fecha: Quito, 27 de noviembre de 2018

## RESUMEN

**Antecedentes:** El presente proyecto de investigación tiene como objetivo analizar y mostrar la eficacia de la Terapia Focalizada en las Emociones (EFT) para trabajar con mujeres que han sido maltratadas y presentan procesos limítrofes como consecuencia del trauma. La principal motivación para la realización de este proyecto es que el psicólogo pueda tener la certeza de aplicar una terapia que sea efectiva cuando se encuentre con un grupo de población que requiere de enfoques más emocionales para trabajar el trauma. **Metodología:** Para este proyecto se utilizará una muestra de 120 mujeres con trastorno de personalidad limítrofe que tengan entre 18 a 65 años. Estas mujeres serán reclutadas de los principales hospitales psiquiátricos de la ciudad de Quito. Existirá un grupo control y el otro experimental, al grupo experimental se le aplicará EFT y posteriormente se analizará la eficacia de esta terapia. **Resultados:** Los resultados que se esperan según la revisión de la literatura son que en primera instancia la EFT pueda facilitar el procesamiento emocional, regulación emocional, excitación emocional y resolución de conflictos no resueltos en mujeres maltratadas en su infancia. **Conclusiones:** Este proyecto pretende sustentar investigaciones previas que muestran que los participantes que recibieron el tratamiento de EFT experimentan una mejora significativa en comparación con grupos de control u otros grupos que recibieron otro tipo de tratamiento (Greenberg, Warwar, & Malcolm, 2008).

**Palabras clave:** Procesamiento emocional, EFT, maltrato infantil, procesos limítrofes, regulación emocional, trauma.

## ABSTRACT

**Background:** This research project aims to analyze and show the effectiveness of Emotion-Focused Therapy (EFT) to work with women who have been mistreated and have borderline processes as a result of the trauma. The main motivation for the realization of this project is that the psychologist has the certainty of applying an effective therapy when facing a population group that requires more emotional approaches to work with trauma. **Methodology:** For this project, a sample of 120 women diagnosed with borderline personality disorder who are between 18 and 65 years old will be used. These women will be recruited from the main psychiatric hospitals in the city of Quito. There will be a control group and the other experimental group. EFT will be applied to the experimental group and later the effectiveness of this therapy will be analyzed. **Results:** The results that are expected according to the literature review are that EFT can facilitate emotional processing, emotional regulation, emotional excitement and resolution of unfinished business in battered women in their childhood. **Conclusions:** This project aims to support previous research that shows that participants who received EFT treatment experience a significant improvement compared to control groups or other groups that received another type of treatment.

**Keywords:** Emotional processing, EFT, child abuse, borderline processes, emotional regulation, trauma.

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN .....	4
ABSTRACT .....	5
TABLA DE CONTENIDO .....	6
Introducción .....	7
Antecedentes .....	11
Problema .....	12
Factores de protección y de riesgo .....	14
Pregunta de Investigación .....	15
Propósito del Estudio .....	15
Significado del Estudio .....	16
REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	17
Fuentes .....	17
Formato de la revisión de literatura .....	17
Procesamiento Emocional.....	18
Emoción, importancia y función. ....	18
Cognición.....	19
Procesamiento afectivo-cognitivo.....	20
Procesamiento Emocional desde la corriente psicoanalítica.....	21
Procesamiento emocional desde la corriente cognitiva. ....	22
Procesamiento Emocional desde la Terapia Focalizada en las Emociones.....	24
Terapia focalizada en la emoción (Emotion Focused Therapy) .....	24
La Emoción desde la EFT. ....	26
Aplicación de la Terapia Focalizada en la Emociones para casos de violencia .....	35
Efectos de la Violencia.....	35
Procesos Limítrofes. ....	42
Instrumentos de la EFT para estudiar Procesamiento emocional. ....	56
Metodología y diseño de la investigación.....	58
Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada .....	58
Participantes.....	59
Herramientas de Investigación Utilizadas.....	59
Procedimiento de recolección y Análisis de Datos .....	62
Consideraciones Éticas .....	65
RESULTADOS ESPERADOS .....	66

DISCUSIÓN.....	68
Conclusión .....	68
Limitaciones del Estudio.....	70
Recomendaciones para Futuros Estudios .....	71
Bibliografía .....	73
ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes .....	86
anexo b: Formulario de consentimiento informado .....	87
anexo c: herramientas para el levantamiento de la información.....	90

## INTRODUCCIÓN

El abuso y la negligencia infantil por parte de los padres y otros cuidadores ocurre en todo el mundo con cifras realmente alarmantes (Klebens & Ports 2017). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que aproximadamente una cuarta parte de los adultos en todo el mundo han sufrido abuso físico infantil (OMS, 2016). El Sistema Nacional de Datos de Abuso y Maltrato Infantil (NCANDS) en Estados Unidos presenta que el número de casos de maltrato infantil reportados por abuso emocional fue de 11.7 por cada 10,000 niños, que tienen entre 0 a 18 años (Hamarman, Pope y Czaja, 2002). Por otro lado, la inequidad de género es propuesta como un factor de riesgo a nivel de la sociedad para el maltrato infantil (Klebens & Ports 2017). Cada día, en todos los países del mundo, las mujeres y niñas experimentan actos de violencia que van desde violencia doméstica hasta la trata de personas (HeforShe, 2018). Esta es una realidad que no se puede dejar de lado. En una investigación realizada a nivel internacional se encontró que cada año alrededor de 300,000 mujeres y niñas acuden a centros de acogida en Estados Unidos por razones de violencia (Roing, 2018). Además, según la primera encuesta que se realizó en Ecuador por parte del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012) son 6 de cada 10 mujeres que sufren violencia de género en el Ecuador.

Es importante mencionar que cuando los actos de violencia son ejercidos por los propios familiares se crea una serie de secuelas en la víctima. Armijos y Costa (2017), exponen que la violencia intrafamiliar se ha convertido en un problema de riesgo a lo largo de la historia de la humanidad y del mundo entero, siendo América Latina en donde se encuentran los más altos índices de violencia intrafamiliar. Dichos actos violentos generan la aparición de un trauma complejo que puede incluir abuso físico, sexual o emocional, así como negligencia emocional y física (Mlotek & Paivio, 2017).

Una historia de vida de maltrato temprano está fuertemente asociado con desregulación de los afectos, conductas interpersonales desadaptativas, conductas de afrontamiento impulsivas y comportamientos agresivos reactivos ( Herpertz y Bertsch, 2015). Las alteraciones en el procesamiento de las emociones son el resultado del maltrato ejercido a muy temprana edad.

Las personas que han vivido victimizaciones múltiples experimentan lo que Elliot, Watson ,Goldman y Greenberg (2004) llaman estratificación de traumas ya que vienen uno encima de otro aumentando cada vez las dificultades con la identidad propia, regulación de las emociones y las relaciones. Estos elementos muestran un autoesquema dañado crónico que lleva a una mayor vigilancia, en el que cada trauma posterior va a validar la idea de parálisis emocional lo que a su vez conlleva a promiscuidad sexual, predilección por relaciones sexuales dañinas e incluso abuso de sustancias. Estas características previamente mencionadas, pueden resultar en síntomas correspondientes a lo que en la actualidad se lo conoce como trastorno de personalidad limítrofe. Elliot, et al (2004) exponen que este es uno de los trastornos más estigmatizantes y pueden interferir con la empatía, reconocimiento y presencia del terapeuta.

Debido a este estigma, se prefiere el término de procesos limítrofes como forma de describir a las personas que tienen conductas autodestructivas, problemas complejos en su identidad, emociones complejas que a su vez son cambiantes de forma muy rápida y conflictivas. Clientes que experimentan cambios dramáticos en sus relaciones e incluso muestran varios intentos de suicidio. Schmahl, C., Herpertz, S. C., Bertsch, K., Ende, G., Flor, H., Kirsch, P., ... Bohus (2014) exponen que los problemas interpersonales como sensibilidad al rechazo y comportamiento hostil de los clientes con procesos limítrofes se ven impulsados por un procesamiento emocional desadaptativo.

Schmahl, Herpertz, Bertsch, et al (2014) describen que las personas con procesos limítrofes tienen tres principales dominios de disfunción: desregulación del afecto, descontrol conductual e hipersensibilidad interpersonal. La desregulación emocional es una de las principales características que presentan las personas con procesos limítrofes. Estos clientes pueden tener un enlace fracasado entre padres e hijos en el sistema oxitocinérgico, creando un impacto en el correcto desarrollo de circuitos cerebrales subyacentes a la regulación del afecto adaptativo (Schmahl, Herpertz, Bertsch, et al, 2014).

Además, cabe mencionar que el maltrato en la infancia está estrechamente relacionado con una perturbación en la edad adulta en diversas áreas relacionadas con el Yo, regulación de las emociones y relaciones interpersonales. Es relevante mencionar que, en el área de regulación de emociones, las personas en su infancia aprenden a manejar sus emociones a través de su relación con su padre-cuidador, cuando este entrenamiento es inadecuado debido a la exposición de un ambiente abusivo, los niños aprenden a lidiar con estas emociones mediante estrategias de evitación como supresión o cierre de sentimientos y en su forma más drástica acudiendo a la disociación (Paivio & Laurent, 2001; Van Der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005).

Dicha evitación de sentimientos y recuerdos del trauma causan interferencia con el procesamiento emocional de dicha experiencia traumática, así como la integración de este a la memoria autobiográfica y de los sistemas de significados, que impide la recuperación de la víctima (Mlotek y Paivio, 2017). Es en este punto, donde una terapia enfocada en el procesamiento emocional puede ser la mejor estrategia terapéutica para trabajar con personas que han experimentado el trauma complejo, con la finalidad de lograr que dicho trauma pueda ser procesado de la manera correcta y de esa manera se

llegue a una curación y aprendizaje de las propias emociones adaptativas que conducirán a una mejor calidad de vida.

### **Antecedentes**

El procesamiento emocional es entendido como un mecanismo de cambio en las terapias que se enfocan en el trauma de un individuo (Foa, Huppert y Cahill, 2007). Elliot, et al (2004) exponen que la Terapia Enfocada en las Emociones es un tratamiento que se basa en evidencia empírica para tratar a individuos de ambos géneros que contienden con problemas de cualquier tipo de abuso o trauma causado en la infancia (Pascual-Leone, 2010). Algunos de los posibles mecanismos de cambio son medidos a partir de la relación entre el cliente y el terapeuta y el procesamiento emocional del material de trauma, con la finalidad de acceder a dicho material como posibilidad de exploración y cambio.

La terapia enfocada en las emociones o EFT por sus siglas en inglés, integra principios basados en intervenciones de terapia existencial, en la Gestalt, la terapia centrada en el cliente y apreciaciones acerca del papel adaptativo que juegan las emociones en el funcionamiento del individuo (Mlotek y Paivio, 2017). Una suposición que es apoyada por la EFT y por varias terapias que se enfocan en trauma es que los procesos afectivos que se vieron interrumpidos por el trauma complejo y se encuentran en un centro de perturbaciones requiere de un compromiso emocional con los recuerdos de tales eventos traumáticos para que el individuo pueda llegar a su recuperación.

Greenberg y Paivio, (1997) exponen que la EFT es una terapia individualizada que aplica los principios generales de la terapia centrada en la emoción al trauma complejo de abuso infantil. Esto lo hace mediante la adopción de las condiciones de relación centradas en el cliente y con intervenciones específicas desarrolladas con la

finalidad de cambiar el procesamiento emocional desadaptativo. Cada intervención se desarrolla con relación a los marcadores particulares que se encuentran dentro de las dificultades del procesamiento emocional. Así pues, el rol del terapeuta es el de notar cuando surja un marcador e intervenir para que la resolución del problema del procesamiento emocional pueda ser consolidada.

Además, la EFT cuenta con características que la distinguen de otro tipo de terapias para tratar el trauma complejo. Dichas características son basadas en su modelo general, es decir que se llega a una resolución de cambio accediendo y modificando emociones desadaptativas, pero también accediendo a las emociones que son adaptativas y que fueron inhibidas de forma previa para crear nuevos significados a partir de lo que expresan esas emociones (Paivio y Pascual-Leone, 2010). Así mismo, una característica que sobresale entre las otras formas de trabajar con trauma complejo es que se trabaja promoviendo la experiencia del cliente a partir de su propia exploración de sentimientos y significados. Gendlin (1997) expone que esta característica de experimentar hace referencia al proceso de atención, simbolización verbal y exploración de un significado de la experiencia interna subjetiva del cliente.

### **Problema**

En este punto, es esencial, exponer que las personas que han sufrido de violencia intrafamiliar llevan consigo un trauma específico y para ello es importante dar a conocer las formas en las que el trauma es concebido a manera de contextualización del problema. Curtois y Ford (2015), exponen que por lo general al trauma se lo clasifica en dos subtipos, el Trauma tipo I, que incluye un solo evento que es inesperado y que típicamente causa miedo o sentimientos de impotencia. Por otro lado, el trauma tipo II o

también denominado complejo, es aquel en la que los eventos traumáticos son extremadamente perturbadores y su exposición es prolongada y repetida.

Este tipo de trauma, cuando se da en la infancia comúnmente es propagado por los cuidadores o personas conocidas del infante y puede ser producido en forma de abuso o negligencia. Además, Mlotek y Paivio (2017) argumentan que el trauma complejo en la niñez incluye abuso emocional, físico o sexual, así como también negligencia emocional y física, a esto también, se incluye las violaciones de confianza como un factor de maltrato. Con esta aclaración, a lo largo de este escrito, se tomará al tipo de trauma complejo como prioridad y única tipología a estudiar para sustentar este proyecto de investigación.

A partir de la información que ha sido presentada previamente, es importante recalcar el valor que tiene el trabajo emocional profundo con víctimas de violencia intrafamiliar que llevan consigo un trauma complejo. Actualmente, según Beck (2011), una de las terapias que ha sido más validada a nivel mundial, y que expone que es capaz de trabajar con todo tipo de trastornos es la Terapia Cognitiva Conductual (TCC). La TCC propone que la manera en la que siente o se comporta una persona es debido a la interpretación que tiene sobre una situación específica, y que, si se logra cambiar la distorsión cognitiva acerca de un evento, el estado de ánimo del paciente mejorará. Sin embargo, cuando se habla de personas que sufrieron un tipo de abuso por parte de sus figuras de apego y el mismo fue recurrente durante varios años, no solo basta con trabajar a un nivel puramente intelectual intentando reestructurar sus cogniciones y trabajando solamente con sus síntomas de forma rápida y directiva (Beck, 2011).

Las personas con trauma complejo requieren de un nivel de curación más profundo, porque, si bien es cierto, y como se mencionó anteriormente, al ser un suceso que ocurrió en el pasado y de forma repetida por figuras que se suponía que tenían que

velar por su bienestar, es gente que necesita sanar heridas muy profundas y saber cómo sobrellevar consigo ese trauma. Khattra (2016), expone que la construcción de significado mediante la expresión narrativa en terapia es significativa, sin embargo, carece de productividad si dicha construcción de significado no tiene fundamento emocional ya que puede permanecer como indiferenciada y poco comprendida (Angus y Greenberg, 2011).

Es en este punto, es en el que se requiere conocer qué tipo de terapia es la más adecuada para este grupo de población en específico, porque se vuelve un problema cuando dichas personas buscan terapia, sus síntomas son tratados y sus patrones de comportamientos modificados, sin embargo, el dolor emocional y sus posibles protestas emocionales siguen arraigadas por que el nivel de curación no ha sido profundo. Rhonda, Goldman y Greenberg (2005) validan este enunciado al exponer que un trabajo experiencial de las emociones produce potencialmente más cambios que el trabajo puramente intelectual. Greenberg (2002); Samoilov y Goldriend (2000) en sus investigaciones, expresan que cada vez es más reconocida la importancia de facilitar la experiencia emocional en la sesión a manera de promover el cambio a nivel cognitivo y conductual.

### **Factores de protección y de riesgo**

Cabe recalcar que a pesar del maltrato emocional o físico que han recibido ciertos clientes, los resultados o las consecuencias no siempre van a ser las mismas por la individualidad misma del ser humano. De esta manera, ciertas investigaciones han encontrado varios factores que pueden estar asociados con ciertos resultados resilientes que presentan los niños maltratados. Así pues, Tremblay, Hebert y Piche (1999) encontraron que un gran factor es el apoyo social, por otro lado, Tedeschi y Calhoun

(1995) argumentan que la religión o espiritualidad, también puede ser otro factor de ayuda ante el maltrato. Cadell, Regehr y Hemsworth (2003) consideran que otros factores son el optimismo disposicional y encontrar significado en el evento estresante. En un metaanálisis, se expuso que tanto el apoyo social real y percibido son grandes factores de resiliencia (Brewin, Andrews y Valentine, 2000). Otras investigaciones respaldan esto indicando que el apoyo global puede servir de efecto amortiguador ante los síntomas del estrés postraumático (Bridges, 2006).

Por otro lado, Brown, Cohen, Johnson y Salzinger, 1998 han identificado ciertos factores de riesgo que pueden causar que los niños maltratados generen problemas a largo plazo. De esta manera, se considera que las características de abuso tales como, gravedad, duración, edad de inicio, coacción y la relación que existe entre el agresor y la víctima son características que podrían definir ciertos patrones des adaptativos en la víctima a lo largo de su vida (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, y Akman, 1991). Así pues, si existe una mayor duración, coacción y severidad del maltrato infantil predijeron peores resultados que incluyen comportamientos más graves acompañado de varios problemas emocionales (Kenaley, 2002).

### **Pregunta de Investigación**

¿Como y hasta qué punto la EFT facilita el procesamiento emocional en mujeres maltratadas en la infancia que presentan procesos limítrofes?

### **Propósito del Estudio**

Lo que se pretende con la presente investigación es demostrar y validar la eficacia de la EFT para facilitar el procesamiento emocional de mujeres que han sido maltratadas en la infancia y que presentan procesos limítrofes. Para que, de esta manera,

el terapeuta que se enfrente a casos de esta naturaleza pueda aplicar la Terapia Enfocada en las Emociones con la seguridad de que sus intervenciones son efectivas para estos casos.

### **Significado del Estudio**

Este estudio permitirá conocer la eficacia que tiene la EFT con mujeres que han sufrido de violencia intrafamiliar. En el contexto de un estudio con mujeres ecuatorianas que puedan ser tratadas con una terapia que no solo les ofrezca cambios terapéuticos a corto plazo, si no que tendrá una curación profunda y enfocada a largo plazo. Al ser la violencia contra la mujer una realidad extendida y un tema tan preocupante en América latina como en Ecuador se han llevado a cabo diversas investigaciones y en el ámbito de la psicología hay ciertas investigaciones, pero que están enfocadas más en aspectos cognitivos para tratar dentro de la terapia. Sin embargo, no se ha tomado como prioridad trabajar desde un enfoque humanista experiencial y enfocado en las emociones con este grupo específico de población. Por eso, es importante conocer como este enfoque podría ser una terapia óptima para este grupo de población.

A continuación, se encuentra la revisión de la literatura, en la cual se podrá conocer de manera exhaustiva el enfoque de la terapia, las investigaciones que se han realizado en otros países y los resultados provechosos que han traído consigo. Seguidamente, se encuentra la metodología de la investigación aplicada con su respectiva explicación, el análisis de los datos encontrados, sus conclusiones y la discusión.

## **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **Fuentes**

La información que se presentará en la revisión bibliográfica es una compilación obtenida de diversas fuentes académicas como artículos de journals reconocidos en el área del tema de interés, libros de los autores más reconocidos en el tema, revistas indexadas, entre otros. Esta información se obtendrá a partir de la base de datos de los recursos electrónicos de la Universidad San Francisco de Quito como son Ebsco, Proquest, Digitalia, Ebrary, Sprenger Journals, Research Gate, entre otros. Las palabras claves que fueron utilizadas para la búsqueda de esta investigación fueron: trauma complejo, procesamiento emocional, Emotional Focused Therapy, violencia intrafamiliar, trastorno de personalidad limítrofe, trastorno de estrés postraumático.

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

La presente revisión de la literatura se realizará mediante la exposición de los temas relevantes a tratar en este proyecto de investigación. De esta manera, la primera parte de esta sección se expondrá exhaustivamente sobre el procesamiento emocional en donde entrarán aspectos como, emoción importancia y función, cognición y procesamiento afectivo-cognitivo. De igual manera se abordará el procesamiento emocional desde la corriente psicoanalítica, corriente cognitiva y por último el procesamiento emocional desde la terapia focalizada en las emociones.

En la siguiente sección y al ser el foco de atención la terapia focalizada en la emoción (Emotion Focused Therapy) se hará basta revisión de la investigación en este tema y se abordará la emoción desde la EFT conociendo su importancia y analizando

los aspectos sobre las emociones primarias adaptativas y desadaptativas, emociones secundarias y emociones instrumentales, así mismo se expondrá acerca del esquema emocional, se expandirá más acerca del procesamiento emocional en la EFT y como se realiza la transformación de la emoción.

En la última sección se discutirá acerca de la aplicación de la terapia focalizada en las emociones para casos de violencia y se toparán aspectos como la importancia de la intervención, los efectos de la violencia en los cuales se expondrá específicamente de trauma complejo, trastorno de estrés posttraumático dificultades en la expresión emocional en donde se involucra la desregulación emocional y los procesos limítrofes. Como los procesos limítrofes son de interés para esta investigación se hará especial ímpetu en procesamiento en intervención EFT con procesos limítrofes, se discutirá acerca de cómo la EFT ha trabajado con personas que presentan procesos limítrofes y por último cuales son los instrumentos de la EFT para estudiar procesamiento emocional.

## **Procesamiento Emocional**

### **Emoción, importancia y función.**

Warwar, Links, Greenberg y Bergmans (2008) exponen que la exploración emocional es un factor importante para obtener resultados positivos dentro de terapia, independientemente del tipo de terapia que se aplique. Así mismo se ha encontrado que trabajar con los procesos emocionales es importante para tratar diversos trastornos que tienen que ver con ansiedad, depresión, trastorno de estrés posttraumático y trastorno de personalidad limítrofe. Caber recalcar que las emociones son un sistema adaptativo de acción rápida, proporcionan al individuo información de los acontecimientos

importantes para el bienestar del mismo, así mismo lo organiza para la acción y comunica las intenciones y necesidades ante otros individuos. Si un ser humano se encuentra desconectado de su experiencia emocional significa que el mismo estaría aislado de información adaptativa como son las motivaciones, necesidades y objetivos (Warwar, et al, 2008).

Esta desconexión, perjudicaría la capacidad del ser humano para desenvolverse en el mundo y para resolver sus problemas. De igual manera, como menciona Warwar, et al (2008), si la persona está recibiendo señales emocionales que no son precisas, la consecuencia será que produzca respuestas emocionales desadaptativas y por lo tanto la persona no podrá responder de manera adaptativa a las situaciones de la vida diaria. Un aspecto importante que traen consigo las emociones es que las mismas ocurren de manera interpersonal y por lo tanto actúan como un sistema primario de comunicación entre las necesidades e intenciones de los otros para de esta manera construir y regular las relaciones interpersonales. Por esta razón, cuando a un individuo se le dificulta acceder a la información emocional precisa y a las tendencias de acción adaptativas, se desarrollan dificultades en el procesamiento de la experiencia emocional y por lo tanto también hay un déficit en el funcionamiento humano (Warwar, et al, 2008).

### **Cognición.**

Las orientaciones terapéuticas con enfoques cognitivos trabajan en reconocimiento y reinterpretación de pensamientos adaptativos y desadaptativos como métodos para que el cliente procese sus emociones al darle nuevas interpretaciones con relación a situaciones que fueron impactantes o relevantes para el cliente y por lo tanto no han sido procesadas correctamente (Baker, Gale, Abbey y Thomas, 2013). Beck (2011) corrobora lo anteriormente mencionado al exponer como los esquemas

cognitivos, mismos que se encuentran organizados de forma jerárquica, tienen en sus contenidos las reglas y las creencias que el individuo a interiorizado acerca de su entorno y de sí mismo para organizar el procesamiento de la información del individuo. Por esta razón, un objetivo para que el procesamiento de la información sea adaptativo es modificando las reglas y creencias disfuncionales. Sin embargo, es importante mencionar que desde un enfoque cognitivo se reconoce la importancia de primero aceptar las situaciones que trajeron emociones dolorosas para cambiar la manera de procesar el pensamiento en lugar de cambiar el contenido.

Otros autores exponen que para que se dé un correcto procesamiento emocional es importante que la habituación tome un proceso de cambio informativo, en el cual se invaliden pensamientos erróneos (Foa y Kozak, 1998). De esta manera, si una persona que ha sufrido un evento traumático tiene la idea de que va a ser peligroso enfrentarse a un recuerdo traumático probablemente pensará que siempre sentirá el peligro y evitará experiencias abrumadoras y por lo tanto tendrá miedo a expresar emociones o tendrá la idea de que siempre las sentirá. Por esta razón estos académicos consideran que los cambios terapéuticos de evaluaciones peligrosas a seguras tienen lugar cuando enfrentan a los recuerdos traumáticos.

### **Procesamiento afectivo-cognitivo.**

Un procesamiento emocional óptimo va a depender de la integración del afecto y de la cognición ya que el cliente debe guiarse cognitivamente a la emoción primaria a partir de la información que procesa para de esa manera crear nuevos significados (Greenberg, 2003). Este académico menciona que el procesamiento emocional requiere de flexibilidad emocional ya que mediante esto se accede a situaciones antiguas donde las respuestas emocionales fueron adaptativas o encuentra nuevas respuestas

emocionales. De esta manera, se considera que reflexionar sobre el estado emocional sirve para crear significados y, por lo tanto, se instauran nuevas respuestas emocionales transformando las antiguas formas de respuesta que quizá no eran tan adaptativas. De esta manera Greenberg (2003) considera que estos elementos son relevantes para que se permita la aceptación de la emoción y por ende se dé un efectivo procesamiento emocional.

### **Procesamiento Emocional desde la corriente psicoanalítica.**

A lo largo de los años, se han propuesto varias teorías acerca del procesamiento emocional, teniendo sus inicios con Breuer y Freud en el año de 1906, los cuales hablaban con ímpetu acerca de la abreacción de sentimientos previamente reprimidos (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2013). Rachman (1980) propone que el término procesamiento emocional hace especial referencia a la absorción y transformación de las perturbaciones emocionales mientras otras experiencias y conductas continúan sin interrupción. Así pues, si el procesamiento emocional es insatisfactorio existe la presencia de signos intrusivos de actividad emocional (Rachman, 1980). Este autor, además habla acerca de los factores que pueden propiciar a que no se dé un correcto procesamiento emocional, estos pueden ser factores de estado como excitación o fatiga, de personalidad como introversión o neuroticismo, de estímulo y de actividad asociados como presencia de factores estresantes.

Por otro lado, Rachman (1980) habla también de los factores que pueden impedir el procesamiento, estos son el evitar estímulos o las situaciones que le resultan perturbadoras al cliente, así como también el rechazar o no poder hablar de dichas situaciones, de igual manera las exposiciones a las situaciones perturbadoras en un ambiente o en condiciones no controladas, irregularidad de la estimulación o la ausencia

de control percibido. Al hablar acerca de las posibles consecuencias o signos, se considera que los más comunes son pesadillas, pensamientos intrusivos, molestias de concentración y fatiga.

Rachman (2001) argumenta que para saber si alguien tiene un correcto procesamiento emocional se deben cumplir tres condiciones. La primera condición es que debe existir evidencia de que hay una perturbación emocional. En segunda instancia, debe existir la evidencia de que dicha perturbación haya disminuido y en tercer lugar debe haber seguridad de que el cliente retornó a un comportamiento rutinario dentro de los estándares de normalidad y que el mismo no se vea interrumpido. Así pues, Rachman (2001) argumenta que, si cumple solo con la primera condición, pero las demás no se ven claras pues el procesamiento emocional es incompleto y requiere de una intervención.

Rachman (2001) por su parte expone que el concepto original del procesamiento emocional fue introducido para integrar una selección de experiencias de comportamientos no normales que solían ocurrir en los clientes como pensamientos no deseados y que eran intrusivos, sentimientos de miedo constantes, reacciones anormales de duelo, entre otros. De esta manera, experiencias traumáticas fueron incluidas en la interpretación del procesamiento emocional, cabe recalcar, que el trastorno de estrés posttraumático no fue incluido pese a que varios de los síntomas anteriormente mencionados describen este trastorno. Sin embargo, la conexión existente entre experiencias traumáticas y el volver a sentir dichas experiencias si es reconocido.

### **Procesamiento emocional desde la corriente cognitiva.**

El concepto de procesamiento emocional fue desarrollado por Foa y Kozak en el año de 1986, exponiendo que el punto de partida de tal concepto es la base de la teoría

del miedo desarrollada por Lang (1977). Foa y Kozak (1998) lo describen como un proceso central en terapias basadas en exposición (Rauch y Foa, 2006). De esta manera, estos autores, exponen que el procesamiento emocional, es la modificación de estructuras de memoria activadas mediante la adición de información nueva que no sea compatible con los elementos de la estructura de la memoria, remplazando elementos disfuncionales con elementos más funcionales.

Foa y Kozak (1998), recurren a la teoría bio-informal del miedo de Lang (1977) para explicar los dos requisitos de la terapia de exposición, la primera como la activación de la red de miedo y la segunda con la presentación de información de miedo incompatible. Se utiliza esto, como manera de invalidar de forma experiencial sentimientos desadaptativos. Cabe recalcar que Foa y Kozak (1986) consideran que este cambio cognitivo emocional debe ser el núcleo de la terapia. Horowitz (1986) hace especial relevancia en que los eventos traumáticos necesitan una acomodación esquemática y de un procesamiento conceptual. De esta manera, los recuerdos del trauma llegan a tener una mejor comprensión cuando se los vincula con significados (Frankl, 1959). Es importante recalcar, que el procesamiento emocional se puede inhibir hasta que ocurra la resolución de un problema, que a su vez actúa como un facilitador de dicho proceso (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2013).

Phelps y LeDoux (2005) por su parte, enfocan su trabajo a investigar el rol de ciertas partes del cerebro que están involucrados en el procesamiento emocional. En sus hallazgos con investigación en animales, estos autores concluyeron que la amígdala juega un papel importante dentro del procesamiento emocional. De esta manera, se conoce que la amígdala facilita la atención y percepción de los estímulos emocionales mediante la respuesta rápida de las regiones del procesamiento sensorial, así pues, al influir de esta manera, la amígdala altera la entrada del procesamiento de información

(Phelps y LeDoux, 2005). Como expresan estos autores, gran parte de la vida emocional del ser humano es generada por las interpretaciones, imaginación y los pensamientos que tienen acerca de si mismos y de su alrededor. Así pues, si se inhiben, interrumpen y se regulan las respuestas emocionales en terapia se puede lograr cambiar las reacciones emocionales desadaptativas.

### **Procesamiento Emocional desde la Terapia Focalizada en las Emociones.**

Greenberg y Safran en el año de 1984, describieron un modelo más complejo acerca del procesamiento emocional ya que percibieron a la conciencia de la emoción como un modo fundamental adaptativo de procesamiento de información, el mismo que genera un significado personal. De esta manera, el procesamiento emocional requiere de la activación de los esquemas emocionales existentes y la generación de nueva información para reestructurar la red de procesamiento existente (Greenberg y Safran, 1987, p.285). Es decir, mediante esta visión, el procesamiento emocional implica acceder, elaborar, regular, profundizar, encontrar el sentido y transformar la emoción.

Como este es el foco del presente trabajo, a continuación, se expandirá acerca de la terapia enfocada en las emociones.

### **Terapia focalizada en la emoción (Emotion Focused Therapy)**

La Terapia Centrada en la Emoción (EFT) por sus siglas en inglés, es un tratamiento que ha dado particular atención a la investigación sobre las intervenciones terapéuticas que facilitan el procesamiento emocional. La EFT se desarrolló a partir de las investigaciones del manual de Greenberg, Rice y Elliot (1993). El objetivo de esta terapia es tener acceso y reestructurar los esquemas emocionales que son desadaptativos

y que se consideran como la fuente de la patología (Greenberg y Watson, 2006). Los terapeutas que deciden abordar la terapia desde esta perspectiva brindan condiciones centradas en el cliente y a la vez realizan intervenciones específicas según los diversos marcadores de dificultades que se presentan en terapia. Estas intervenciones están dirigidas a facilitar el procesamiento de las emociones desadaptativas de los clientes. Además, es importante recalcar que la EFT ha demostrado que es un tratamiento empíricamente eficaz para trabajar con dificultades derivadas de trauma o abuso (Greenberg y Pascual-Leone, 2006).

Algunos de los principios que implica esta terapia y que son expuestos por Warwar et al (2008) es la elaboración emocional, una excelente alianza terapéutica que servirá como el contexto necesario para el tratamiento y también como un vínculo que regula el afecto a través de la validación emocional, empatía y alivio interpersonal. De igual manera, el terapeuta actúa como entrenador emocional, en la cual le guía al cliente mediante la psicoeducación sobre procesos emocionales, le enseña técnicas de regulación emocional y a su vez a transformar esquemas emocionales como mecanismos primarios de cambio.

Timulak (2014) aporta mencionando que la EFT además de ser una intervención integral y humanista, está informada por la investigación que en la actualidad se aplica principalmente para trabajar en temas de depresión y trauma complejo. Elliott, Greenberg, Watson, Timulak y Freire (2013) mencionan que el desarrollo de esta terapia se da principalmente a través de investigaciones que han tomado años y que están respaldados por una serie de ensayos de resultados experimentales. Así mismo, Greenberg (2011) argumenta que además de que las raíces de esta terapia están basadas firmemente en la tradición humanista, también ha tenido influencias de otras formas de

terapia y se ha desarrollado en base a los nuevos conocimientos de la neurociencia de las emociones.

La terapia focalizada en las emociones (EFT) argumenta que una vez activada la emoción, la expresión de la necesidad permite la elaboración de la experiencia emocional. Greenberg (2002) en sus trabajos más recientes compartió una conceptualización acerca del procesamiento emocional y sus cambios en tres pasos que ayudan de gran manera a comprender el proceso emocional. Dichos pasos, detallándolos de una manera no profunda, ilustran como los clientes pasan de una emoción secundaria, a una emoción primaria que no es adaptativa hasta que logran llegar a la emoción primaria que si es adaptativa mediante la expresión de una necesidad (Pascual-Leone y Greenberg, 2007).

### **La Emoción desde la EFT.**

#### ***Importancia.***

Gendlin (1981) expresó que cuando los clientes se permiten sentir sus emociones dentro del contexto de terapia, que se traduce como un ambiente seguro, son capaces de darse cuenta de que las emociones no son peligrosas, además de identificar, nombrar y diferenciar las diversas emociones que están vinculadas a un trauma. De esta manera, se considera que, si una memoria traumática no ha sido procesada adecuadamente, la principal tarea en terapia es asegurarse de que esa memoria pueda ser accedida y elaborada de manera específica (Baker, Gale, Abbey y Thomas, 2013).

Pascual-Leone y Greenberg (2006) expresan que una terapia enfocada en las emociones lleva a los clientes a un nivel más alto de conciencia emocional. Se entiende por conciencia emocional a estar con plena atención a la variedad de experiencias dominantes o también a experiencias más periféricas, tácitas y significados

relacionados. Estos autores argumentan que la emoción es un sistema de orientación adaptativo y por lo tanto exponen que los seres humanos tienen emociones primarias adaptativas, desadaptativas y emociones secundarias, las mismas que serán abordadas con más ímpetu a continuación.

### ***Emoción primaria adaptativa.***

Elliot, Watson, Goldman y Greenberg (2004), exponen que la emoción es primordialmente adaptativa ya que ayuda al organismo a procesar la información situacional de forma automática y rápida, de tal manera que se puedan realizar acciones adecuadas que satisfagan las necesidades personales importantes. De esta manera, se entiende que la emoción es la que identifica lo que es importante para el bienestar de la persona y además prepara al individuo para que pueda ejercer medidas que sean adaptativas. Así también, estos autores consideran que la emoción es la encargada de coordinar la experiencia, brindar dirección y generar una sensación de integridad unificadora. Entonces, se entiende que las emociones expresan lo que es importante para el individuo y cuando la persona sabe lo que es importante, es capaz de saber que hacer y concebir su propia identidad.

De esta manera, se entiende que una función primordial de la emoción es procesar de manera rápida la información de cada situación compleja en la vida del individuo para que de esa manera el mismo esté preparado para tomar medidas que sean efectivas. Greenberg (2002), denomina a las emociones adaptativas primarias con tal nombre ya que al comprender que la emoción es una reacción directa que a su vez es consistente con las situaciones diarias, ayuda a las personas a tomar las medidas que sean apropiadas. Un ejemplo que brinda el autor para comprender de mejor manera el rol de estas emociones adaptativas es con la emoción del miedo, ya que si se comprende

la razón por la cual surge, se sabe que dicha emoción prepara a la persona para actuar ante una situación de peligro ayudando al mismo a sobrevivir.

Siguiendo con el rol de las emociones primarias, otros ejemplos pueden ser la ira o tristeza, que al igual que el miedo, estas emociones son respuestas inmediatas al contexto del entorno que contienen información que orienta y guía a la persona hacia un comportamiento adaptativo (Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). Cabe recalcar también, que la emoción es un sistema de comunicación interpersonal y que va a causar respuestas en los demás individuos. De tal manera, la ira va a demostrar a los demás que necesitan retroceder, cumpliendo así la función de autoprotección y por otro lado, la tristeza va a provocar compasión y cuidado en el prójimo.

Greenberg (2010) expuso que las emociones que son adaptativas también tienen el potencial de ayudar a los clientes a cambiar estados emocionales desadaptativos. Además, considera que para que se dé un procesamiento de la emoción óptimo es esencial activar la emoción adaptativa primaria y la creación de flexibilidad en la respuesta emocional. De esta manera, se debe activar la emoción adaptativa al mismo estímulo en donde se encontraban las emociones desadaptativas previamente. Por lo tanto, la emoción ayuda a la autodefinición y con las relaciones sociales. Sin embargo, Greenberg (2010) argumenta que para poder tener un beneficio de las emociones adaptativas primarias se requiere cierto nivel de regulación emocional efectiva.

### ***Emoción primaria desadaptativa.***

Para el terapeuta que sigue el enfoque de las emociones, es esencial que conozca y comprenda las cuatro formas de respuesta emocional que la terapia EFT expone. De tal manera, debe conocer que solo la emoción adaptativa primaria va a ser completamente funcional para el individuo (Elliot, Watson, Goldman y Greenberg,

2004). Por lo tanto, las otras tres formas de emociones se consideran desadaptativas. Para Greenberg (2002) las emociones desadaptativas son reacciones directas a las situaciones, pero involucran respuestas sobre aprendidas que están cimentadas en experiencias previas que muy comúnmente son traumáticas o caóticas. Las emociones al estar basadas en este tipo de experiencias no van a brindar la mejor dirección a la persona sobre como sobrellevar de manera constructiva ciertas situaciones que requieran de un grado de control emocional, de esta manera están obstaculizando con un funcionamiento efectivo en el individuo.

Un ejemplo que utiliza el autor para comprender de mejor manera el funcionamiento de las emociones desadaptativas es el de entender como un cliente que tiene procesos limítrofes puede haber interiorizado que el cuidado de alguien ajeno a ella mismo viene de la mano con cualquier tipo de maltrato. De esta manera, el cliente en contextos donde alguien más le brinde empatía va a responder de manera automática con rechazo o ira porque esa es la manera de auto defenderse ante algo que le puede causar daño desde su perspectiva. Como resultado de estos procesos emocionales desadaptativos, este tipo de clientes tendrá problema con las relaciones sociales como también para adherirse a un proceso terapéutico.

### ***Emociones secundarias.***

Las emociones secundarias son conocidas como desadaptativas porque van a ocultar a las emociones adaptativas primarias. Elliot, Watson, Goldman y Greenberg (2004) exponen que en las emociones reactivas secundarias el individuo está reaccionando en contra de su emoción adaptativa inicial, remplazando a esta por una emoción secundaria. Estos autores explican que esta sobre-reacción oscurece la emoción original adaptativa y la conduce a que el individuo tome decisiones y realice acciones que no son del todo apropiadas para el contexto y situación. Al hablar de una

emoción secundaria reactiva, se entiende que en una situación donde la respuesta no es adaptativa, es importante preguntarse si dicha emoción desadaptativa esta opacando a la verdadera.

Como una forma de comprender de mejor manera como se manejan las emociones secundarias, los autores realizan la metáfora de que esta experiencia puede ser entendida como si se escucharan dos melodías completamente diferentes que están sonando al mismo tiempo en una pieza de música, la principal y la otra que está más en el fondo. Un ejemplo que puede ayudar a esclarecer de mejor manera este tema es el hombre que está en una situación peligrosa y su emoción principal es el miedo, pero por condiciones sociales ha interiorizado que sentir esa emoción no es muy varonil y tapa esta emoción con el enojo, lo que, en ese contexto, es una decisión desadaptativa porque puede intensificar el peligro.

### *Emociones instrumentales.*

En cuanto a las emociones instrumentales, Elliot, Watson, Goldman y Greenberg (2004) argumentan que son aquellas que son utilizadas o actuadas por las personas con la finalidad de influir o controlar a alguien más. Este tipo de respuestas emocionales pueden ser conscientes para las personas que las están utilizando o también la persona puede actuar de manera automática ya sea por hábito o sin plena conciencia de sus propias reacciones. En este caso la exhibición de la emoción no es dependiente de la respuesta emocional original ante la situación, sin embargo, este proceso puede inducir a alguna forma de experiencia emocional interna. Un ejemplo que puede ayudar a entender mejor este tipo de emoción es en el caso de una persona que es considerada como el bravucón del grupo que va a mostrarse enojado y con mucha ira, sin que se encuentre en una situación de peligro, sin embargo, utiliza esta emoción con una finalidad de lograr o manipular a alguien o a algo.

### ***Esquema Emocional.***

La implicación terapéutica dentro del procesamiento emocional involucra elementos esquemáticos. De esta manera Greenberg (2002), explica que un enfoque experiencial principalmente involucra ayudar al cliente a acceder a sus esquemas emocionales siempre y cuando se encuentren bajo condiciones terapéuticas seguras y permisivas. Cabe recalcar que estas condiciones son esenciales para que se de un completo procesamiento emocional porque además le brinda al cliente más información para que pueda reestructurar esquemas emocionales desadaptativos. Como expone este académico, el que el terapeuta sea consciente de esto ayuda a orientar al mismo a tendencias de acción más implícitas con respecto a los esquemas emocionales.

En relación con los esquemas emocionales Greenberg y Safran (1987) exponen que no siempre están disponibles en la conciencia del individuo. Sin embargo, se pueden acceder a los mismos de manera indirecta a través de las experiencias, de esta manera primero requieren que sean identificados activando experiencias específicas para que luego puedan explorarse y expresarse. Como menciona Greenberg (2002) esta exploración, expresión y reflexión es fundamental para la terapia focalizada en las emociones. Para este autor, en estos procesos se ven incluidos componentes lingüísticos, elementos pre verbales en los cuales a su vez involucran sensaciones corporales, imágenes u olores, todo esto con la finalidad de orientar al individuo hacia la acción.

Leijssen (1996) concuerda con lo anteriormente mencionado, al exponer que un procesamiento emocional óptimo involucra todos los elementos esquemáticos del cliente. Sin embargo, las principales dificultades se dan cuando el individuo desatiende uno u otros tipos de elementos y de esa manera su experiencia no puede ser procesada por completo. También puede ocurrir que algunos clientes que han pasado por

situaciones traumáticas traten de procesar dicha experiencia de una manera más intelectual, simbólica y conceptual dejando de lado a elementos más de percepción-situacional, corporal-expresivo o motivacional-conductual. De esta manera, Greenberg, (2000) propone que va a ser más difícil para el cliente procesar experiencias emocionales dolorosas si es algún elemento esquemático está faltando.

### ***Procesamiento emocional en la EFT.***

Greenberg (2010) explica que el procesamiento emocional implica dar sentido a las emociones mediante la conciencia, atención, aceptación, expresión, reflexión y el transformar respuestas emocionales desadaptativas por respuestas emocionales adaptativas que sean alternativas al mismo estímulo. De esta manera, el enfoque centrado en la emoción (EFT), considera que la aceptación de la emoción es atendiendo a la experiencia emocional, permitir y tolerar a dicha emoción para que pueda ser procesada. Bajo esta teoría, el activar las emociones parece ser necesario para que se produzca un procesamiento emocional productivo (Ausra, Greenberg y Herrmann, 2013).

El procesamiento de las emociones para Pascual-Leone (2009) es un sistema dinámico de varios elementos de significado afectivo o también llamados esquemas que están en constante interacción y evolución que con el transcurso del tiempo van formando una variedad de organizaciones adaptativas o desadaptativas que ocurren a la vez. Mas tarde, Baker (2007) expuso que para facilitar el procesamiento emocional y que este sea efectivo, el cliente tiene que enfrentar a dicha emoción que le produce malestar mediante el recuerdo de un evento doloroso, en este proceso es importante que el cliente exprese y libere el trauma para que pueda volver a estructurar la situación desencadenante.

Cabe recalcar que enfoques más conductuales también expresan y reconocen la importancia de aceptar las experiencias emocionales dolorosas y de cambiar la manera de procesar dichos pensamientos, sin necesidad de cambiar su contenido (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2013). Empero, una terapia centrada en la emoción expone que además de aceptar la experiencia dolorosa es importante que sea explorada, simbolizada, y cuando es desadaptativa debe ser transformada por formas correctivas de experiencia emocional (Greenberg y Elliot, 2012). Los elementos que son importantes recalcar acerca del procesamiento emocional, es la flexibilidad y como esto se debe aumentar en relación con acceder a nuevas respuestas emocionales frente a situaciones pasadas antiguas. De igual manera, un aspecto importante, es reflexionar acerca de la emoción para crear un significado y por lo tanto generar nuevas respuestas emocionales (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2013).

Auszra, Greenberg y Herrmann (2013), al explorar sobre el tema de las emociones en terapia, exponen acerca de la productividad emocional del cliente, que es cuando dentro de la sesión, la emoción es procesada de manera que pueda contribuir al objetivo de profundizar, aclarar y transformar emociones que van a ayudar con el cambio terapéutico. Dicha productividad emocional cuenta con tres dimensiones primordiales que son, la activación emocional, el tipo de emoción y la forma de procesamiento. Greenberg (2002), expone que la activación emocional, es uno de los ingredientes esenciales para que se dé el procesamiento emocional, sin embargo, es importante saber distinguir entre los diferentes tipos de emoción, de esta manera, se debe diferenciar entre emoción primaria y secundaria, así como la emoción primaria adaptativa e inadaptada. Por lo tanto, se considera de suma relevancia prestar atención a la forma en como los clientes procesan sus emociones dentro de terapia, de esta manera,

no solo se debe diferenciar entre los diferentes tipos de emociones sino también en las diferentes formas de procesarlas (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2013).

Como se ha expuesto con anterioridad, la emoción activada necesita ser procesada de manera consciente. Para ello Auszra, Greenberg y Herrmann (2013) definen a este contacto con la emoción consciente a partir de siete criterios que deben estar presentes para que la experiencia emocional califique como productiva. El primer criterio habla acerca del acceso a la emoción, de igual manera se encuentran criterios como simbolización, congruencia, aceptación, regulación, agencia y diferenciación. Con la completa presencia de estos criterios, se logra que el cliente llegue a un estado considerablemente mejor. De igual manera, Goldman, Greenberg y Pos (2005) exponen que un aumento en la elaboración de la experiencia emocional es un predictor de la eficacia terapéutica.

Lo que se trata de hacer mediante la EFT con el procesamiento emocional, no es cambiar o alterar las evaluaciones acerca del trauma, por el contrario, se acepta que el trauma pudo haber sido espantoso. De igual manera, se trabaja mucho con el acceso, aceptación, regulación y elaboración emocional para cambiar el patrón de evitación que tienen los clientes. Se busca que los clientes experimenten las emociones que vienen juntamente con el recuerdo. Baker, Gale, Abbey y Thomas (2013) recalcan la importancia de analizar y discutir el estilo emocional de afrontamiento de los clientes, así mismo, identificar qué es lo que no les permite acceder a las emociones y alentar a que los sentimientos surjan en terapia.

### ***Transformación de la Emoción.***

Greenberg y Pascual-Leone (2006) argumentan que el procesamiento emocional es considerado como un relevante mecanismo de cambio y un predictor de proceso del

resultado en el tratamiento, es decir si la terapia es productiva existe una transformación emocional. Pascual-Leone (2009) explica que en dicha transformación que experimentan los clientes, en la cual procesan sus emociones de manera más adaptativa, los clientes pueden llegar a tener micro relapsos, en la cual sufren por periodos de tiempo más cortos y se recuperan con mayor facilidad. De igual manera, Greenberg y Paivio (1997) exponen que la transformación de una emoción inadaptada conduce a una nueva perspectiva y por ende a una nueva emoción más adaptativa. Es decir, la reorganización emocional es la creación de una alternativa emocional más saludable frente a sentimientos y creencia disfuncional.

### **Aplicación de la Terapia Focalizada en la Emociones para casos de violencia**

#### ***Importancia de intervención.***

La principal intervención para casos de trauma se centra en la evocación sistemática de reacciones problemáticas, ya que como argumenta Pascual-Leone (2009) la activación emocional junto con la generación de significado produce una experiencia emocional terapéutica. Otras intervenciones son centrar la atención en un sentido que no está del todo claro, trabajar con el conflicto del *Self* a través del trabajo de dos sillas y también el trabajo de silla vacía, en el que se trabaja varios de los asuntos inconclusos que tienen los clientes hacia un ser significativo.

#### **Efectos de la Violencia**

El maltrato infantil es un término que se utiliza para describir ciertos actos abusivos o de comisión y negligentes también conocidos como actos de omisión contra los niños, generalmente perpetrados por jóvenes mayores o adultos (Dubowitz &

Bennett, 2007). Los efectos a largo plazo que comúnmente se pueden vislumbrar en varias investigaciones sobre el abuso infantil son, síntomas del trastorno de estrés posttraumático, depresión y ansiedad, además de dificultades para la regulación emocional, problemas de autoestima y problemas para establecer relaciones interpersonales (Curtois y Ford, 2009).

### ***Trauma Complejo.***

El trauma complejo es entendido en la actualidad como las experiencias repetidas de abuso o maltrato infantil ejercida por los cuidadores (Courtois y Ford, 2009). Cuando existe una conducta violenta en el hogar, por lo general los clientes tienen como resultado estados emocionales intensos que influyen en sus actitudes y conductas (Greenberg, 2002). De esta manera, Greenberg (2002) argumenta que cuando los clientes han tenido experiencias en su niñez marcadas por abuso y negligencia, probablemente internalicen esto como auto abuso o auto descuido, lo que contribuye a que ya exista una desregulación emocional. Greenberg (2002) menciona que procesos que utilizan los clientes como la disociación, catastrofización, bloqueo o entumecimiento de emociones fueron adaptativos en el momento que ocurría el evento traumático. Sin embargo, cuando los clientes ya están en nuevas situaciones donde los eventos traumáticos no tienen lugar, estos procesos se vuelven desadaptativos e interfirieren con la integración de las experiencias traumáticas. Paivio (2001) argumenta que los adultos que en su infancia sufrieron de abuso infantil, suelen tener sentimientos de autoculpa, negación, olvido selectivo del maltrato infantil, además de otros deterioros con respecto a su memoria. George, Kaplan y Main (1985) exponen que, en cuanto al apego, las experiencias del trauma en la infancia se encuentran incrustadas en la memoria y por lo tanto dichas representaciones mentales pueden afectar a las

percepciones actuales y a la coherencia de los pensamientos en relación con la experiencia temprana.

Ainsworth (1979) menciona que la falta de afecto, apoyo y amor que son características del abandono emocional pueden llegar a comprometer la capacidad del niño para formar vínculos seguros con sus cuidadores, lo que a su vez proporciona las bases para la formación de las diferencias individuales que vienen posteriormente en el desarrollo de la personalidad del individuo y por ende de la psicopatología (Bowlby, 1973). Investigaciones posteriores con respecto a esta relación entre el maltrato emocional infantil y los problemas de salud mental posteriores incluyen la desregulación emocional, estilos de afrontamiento inmaduros y baja autoestima (Coates y Messman-Moore, 2014). De igual manera, Hamilton, Shapero, Stange, Hamlat, Abramson y Alloy (2013) menciona que entre otros problemas se reflejan son la desesperanza y los pensamientos automáticos negativos. White y Renk (2012) encontraron evidencia que el rechazo por parte de los cuidadores y su baja calidez, están correlacionados con los comportamientos problemáticos que exhiben los niños y adolescentes.

Taillieua, Brownridge, Sareenb, Afifib (2016) le dan especial importancia al maltrato emocional ya que consideran que este es una forma de maltrato que también causa secuelas a largo plazo y sin embargo no tiene mucha investigación. Incluso, estos autores, proponen que son varias las investigaciones que sustentan que el maltrato emocional tiene los mismos o mayores consecuencias negativas para los clientes que experimentan esta forma de maltrato (Chamberland, Fallon, Black, Nico, & Chabot, 2012). Se menciona esto porque como expone Kaitys, Johnson y The Committee on Child Abuse and Neglect (2002), el maltrato emocional puede interferir con el desarrollo de un vínculo de apego seguro y por lo tanto dichos patrones llevan a explicar

la asociación entre el maltrato y los trastornos mentales, ya que destruyen la autoestima y la seguridad del niño. La American Psychiatric Association (1994) argumenta que esta forma de maltrato puede manifestarse en algún trastorno del estado ánimo, abuso de sustancias o algún trastorno de personalidad que se encuentran conectados con experiencias infantiles negativas tempranas.

Taillieu y Brownridge (2013), mencionan que el maltrato emocional está relacionado con depresión, ansiedad, síntomas disociativos, trastorno de estrés posttraumático, menor autoestima y varios trastornos de personalidad. De igual manera Waxman, Fenton, Skodol, Grant y Hasin (2014) encontraron que el abuso emocional en la niñez se relacionaba con ciertos diagnósticos esquizotípicos, bordelinde y narcisistas y que otro tipo de maltrato como el abandono emocional se relaciona con diagnósticos paranoides, esquizoides y evitativos. Sin embargo, cabe recalcar que existe falta de consistencia desde las definiciones sobre el maltrato emocional y las investigaciones que hacen que sea difícil de generalizar, integrar y aplicar ciertos hallazgos (Baker, 2009). De igual manera existe una falta de investigación entre los moderadores de la relación entre el maltrato infantil y la salud mental posterior, así como las diferencias de sexo en la prevalencia (Waxman et al., 2014).

A pesar de que ciertas investigaciones han encontrado evidencia de temas con un aporte relevante para la investigación en maltrato infantil, no se puede generalizar a gran escala por lo mencionado anteriormente. Sin embargo, cabe recalcar cuales son las posibles relaciones que se han encontrado y que pueden tener una lógica en cuanto a causa y efecto. Dichos hallazgos en cuanto al tema de género presentan que experimentar abandono y abuso emocional es más prevalente en mujeres que en hombres (4% vs 2%) y en cuanto a nivel de educación y estatus social, se encontró que padres con mayor nivel de educación y mayores ingresos tenían menos probabilidad de

informar maltrato emocional (Taillieu, Brownridge, Sareen y Afifi, 2016). , 2009). En tales hallazgos de Taillieu et al (2016) es recalable la conexión entre abuso y abandono emocional y las probabilidades significativamente altas de ser diagnosticado o presentar patrones del trastorno límite de la personalidad.

Taillieu, Brownridge, Sareen y Afifi (2016) mencionan la importancia de descubrir los efectos específicos de las diferentes formas de maltrato ya que de esa manera se podría encontrar estrategias élite para la intervención y el tratamiento. De esta manera, si se analiza los tipos específicos de maltrato con trastornos específicos, así los investigadores podrán centrarse en identificar posibles mediadores y encontrar mejores estrategias de intervención (Gibb, Chelminski y Zimmerman, 2007).

#### ***Trastorno de Estrés Postraumático.***

Rachman (2001) expresó que un procesamiento incompleto produce ciertos signos intrusivos de actividad emocional, tales como llanto, pesadillas, irritabilidad, pensamientos desagradables, a lo que posteriormente los denominó síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Paivio (2001) menciona que el maltrato infantil, además puede traer consecuencias a nivel cognitivo y de memoria específicamente, así pues, se puede ver que en el TEPT se incluyen esfuerzos deliberados para suprimir las memorias y las lagunas del trauma en la memoria para eventos traumáticos (*DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994*).

Baker, Gale, Abbey y Thomas (2013) exponen que evitar recuerdos traumáticos no es ideal e incluso es contraproducente porque significa que recuerdos importantes que están cargados con alto nivel emotivo permanecen sin ser procesados y eso puede llevar a que se manifiesten ciertos síntomas como pesadillas, flashbacks, mismos síntomas que perturban la vida de un cliente. De esta manera, este autor expresa que,

para reducir las emociones y su actividad intrusiva, el éxito es llevar una terapia que conduzca a la evocación de dichas emociones. Cloitre, Stolbach, Herman, Kolk, Pynoos, Wang & Petkova (2009) propone que brindar terapia desde un contexto más emocional facilita a una discusión y procesamiento del trauma infantil, el mismo que puede estar asociado con los síntomas del TEPT crónico. De igual manera, se especula que la terapia depende de ciertos cambios cognitivos, pero que dichos cambios importantes se consideran una consecuencia automática de exponer al cliente a la memoria traumática y por lo tanto no es necesario enfocarse en eso específicamente.

Rachman (2001) expone que el trastorno de estrés postraumático se considera como un ejemplo de reexperimentación a largo plazo de escenas retrospectivas de experiencias emocionales. Una característica que tiene este trastorno conocida como la disociación, se dice que puede ser un factor que ayuda a que no se dé un correcto procesamiento emocional ya que Rachman (2001) expone que es probable que exista una conexión que esté fallando entre la elaboración conmemorativa y la forma para procesar el evento emocionalmente. De esta manera se considera que el TEPT es un buen ejemplo para ilustrar lo que sería un procesamiento emocional incompleto ya que hay perturbaciones emocionales que persisten. Si dichas perturbaciones no fueron absorbidas satisfactoriamente, los signos de actividad emocional pueden aparecer, estos pueden ser obsesiones, escenas retrospectivas, pesadillas, evasiones desadaptativas entre otros. Además, signos no tan directos como irritabilidad, falta de concentración o inquietud también pueden ser el resultado de dicha falla en el procesamiento.

Baker (2010) expone que, para una terapia de procesamiento emocional para el TEPT, se debe conceptualizar dicho proceso desde una visión principalmente emocional en lugar de cognitivo, para de esa manera centrarse en el estilo de procesamiento emocional del cliente con respecto al trauma. Greenberg (2002) argumenta que las

intervenciones en estos casos requieren que el cliente narre su experiencia traumática, reexperimente las diversas emociones para que pueda elaborarlas y darles nuevos significados. Baker, Abbey y Thomas (2013), exponen que una terapia de procesamiento emocional no solo busca reducir los síntomas de TEPT, si no también, fomentar un estilo más abierto y saludable del procesamiento de emociones, para que, en un futuro, el cliente tenga las herramientas para enfrentarse al estrés o a traumas futuros. Varra y Follete (2004) sugieren que una terapia de procesamiento emocional guía a las personas a aceptar sus experiencias emocionales promoviendo a la apertura emocional y reevaluación de emociones asociadas con recuerdos traumáticos.

### ***Dificultades en la expresión emocional.***

#### *Desregulación emocional.*

Según Carpenter y Trull (2014) la desregulación emocional es la falta de capacidad del individuo para responder y manejar las emociones de forma eficaz y flexible. Cabe reconocer que varios académicos han estudiado a la desregulación emocional desde diferentes aspectos como la sensibilidad emocional, labilidad afectiva o vulnerabilidad emocional, la explicación de esto es que la desregulación emocional trae consigo una compleja construcción en su significado y concepción. Sin embargo, estos autores, expresan que para comprender de mejor manera a la desregulación emocional se la debe concebir como un proceso en el cual interactúan diversos componentes y mas no como un estado final (Carpenter y Trull 2014).

De esta manera, en términos más claros se entiende que la desregulación emocional es un proceso complejo que se desarrolla desde los primeros años de la vida de un humano y que suelen tener alta relación con personas que exhiben procesos limítrofes, concepto que será expandido más adelante en este escrito. Según Linehan

(1993) en la propuesta biosocial que desarrolla la desregulación emocional involucra afecto negativo elevado, deficiencia en regulación emocional apropiada, sensibilidad a diversas emociones, así como también implementación de estrategias inapropiadas para manejar esta desregulación. Es importante que se realice más investigación acerca de este tópico ya que podría traer consigo beneficios relevantes para la mayoría de los pacientes psiquiátricos que presentan desregulación de la emoción.

### ***Procesos Limítrofes.***

A lo largo de los años, se han realizado varias investigaciones acerca de los factores que pueden conducir a los clientes a presentar ciertos patrones limítrofes. Gran parte de las investigaciones, se han dedicado a realizar la conexión entre el abuso y el maltrato infantil y los patrones limítrofes en la adultez. De esta manera Machizawa-Summers (2007) argumentan que el abuso emocional, la negligencia o sobreprotección pueden ser predictores de la personalidad limítrofe. De igual manera, Nickell, Waudby y Trull (2002) encontraron que existe una relación significativa entre abuso físico, el cuidado maternal y la sobreprotección con clientes que exhiben patrones limítrofes. Por otro lado, Clemmons, Walsh, DiLillo y Messman-Moore (2007) exponen en sus nuevas investigaciones, que un aspecto importante a tomar en cuenta es la gravedad del maltrato como el efecto de experiencias adversas concurrentes.

Como el foco de atención es procesos limítrofes relacionados con la terapia focalizada en las emociones, se expande a continuación.

### **Procesos Limítrofes.**

*Que es.*

El trastorno de personalidad límite (TLP) es un trastorno que se considera grave y que además es el más diagnosticado dentro de la clínica con un porcentaje de 10 % en entornos ambulatorios, del 15 a 20 % hospitalizados y del 30 al 60% dentro de los clientes diagnosticados con trastornos de la personalidad (Carpenter y Trull, 2013). Estos académicos mencionan que a este diagnóstico comúnmente se lo considera como un trastorno de desregulación ya que se puede observar esto en sus relaciones interpersonales, identidad, cogniciones y comportamientos. Sin embargo, se expresa que el núcleo principal de este trastorno es la desregulación emocional.

Según Linehan (1993) en la teoría biosocial que desarrolló, personas que son diagnosticadas con el trastorno de personalidad límite, presentan sensibilidad emocional desde el momento de su nacimiento, dicha sensibilidad hace que estos individuos aprecien afectos negativos en sus contextos y situaciones lo que va a llevar a que se les dificulte aprender estrategias de regulación emocional adaptativas. Esta falla de regulación emocional apropiada puede guiar a estos clientes a involucrarse en comportamientos desregulados con la finalidad de poder encargarse y reducir el afecto negativo. Esta académica considera que dichos patrones van a reforzar la sensibilidad emocional y como resultado se tendrá un patrón recursivo de desregulación emocional (Linehan, 1993).

Carpenter y Trull (2013) argumentan que el trastorno de personalidad límite se asocia con varios comportamientos impulsivos ya que dichos comportamientos ayudaran a reducir el afecto negativo que presentan. Estos comportamientos pueden ser trastornos alimenticios, consumo de sustancias, compras impulsivas e innecesarias. De esta manera, el afecto negativo se refiere a la tendencia a actuar de manera impulsiva cuando están cursando por un estado emocional negativo en su intento de reducir o aliviar dichos estados emocionales. Por otro lado, Silbersweig et al. (2007) estudiaron

desde una perspectiva neurobiológica este trastorno y lo que hallaron en sus investigaciones, fue que clientes que presentaban estos patrones exhibían menos activación en la corteza prefrontal ventro medial en comparación con el grupo de control. Esto revela que esta parte del cerebro desempeña un rol en la tendencia de clientes con TLP a actuar impulsivamente para reducir el afecto negativo.

El reconocer que dichos clientes tienen la mayoría del tiempo afectos negativos, lleva a concluir que este trastorno de personalidad es grave debido a su gran asociación con conductas suicidas o de autolesión (McMain et al, 2018). Estos académicos estiman que entre 60 a 70% de personas diagnosticadas con este trastorno recurren a intentos de suicidio al menos una vez y aproximadamente el 10% de estos clientes mueren por suicidio y por lo tanto se considera que es una de las afecciones psiquiátricas más letales (American Psychiatric Association, 2001)

### ***Procesamiento en intervención EFT con Borderline.***

Como ya se ha expuesto anteriormente, varios investigadores han demostrado que trabajar con las emociones en psicoterapia es fundamental para obtener resultados exitosos en diversos trastornos mentales. Sin embargo, como exponen Greenberg, y Pascual-Leone (2006) algunas de las terapias para el TPL no se enfocan en tratar a las emociones más allá de las estrategias de regulación de afecto inmediato. En este punto, es importante recalcar que, dado que las personas con trastorno de personalidad limítrofe tienen una disfunción afectiva lo que los lleva a comportamientos autolesivos, es importante un trabajo con las emociones ya que saber trabajar con las mismas de manera efectiva es crucial para un tratamiento exitoso. Así pues, Warwar, et al (2008) expone que el trabajo con las emociones tiene que ser una estrategia principal para trabajar con clientes que exhiban dichos patrones de personalidad.

Como se mencionó anteriormente, en la sección del procesamiento emocional, un correcto procesamiento de las emociones implica la integración de la cognición y el afecto (Elliott, Watson, Goldman, et al, 2003). Al entrar en contacto con la experiencia emocional, los clientes deben orientarse a esa experiencia de manera que puedan explorar, reflexionar y darle sentido mediante la identificación de las necesidades para poder dar significados a esas experiencias. De esta manera, el procesamiento emocional implica comprender cuando cambiar la emoción y por cual cambiarla (Greenberg, 2002).

Las personas que presentan patrones limítrofes tienen dificultades con el procesamiento de la emoción (Bland, Williams y Scharer K, et al, 2004). Dichos clientes tienen problemas para regular las emociones que incluyen una inestabilidad afectiva e hipersensibilidad emocional. Otro aspecto que se ve afectado en estos pacientes es la capacidad para recibir información emocional precisa lo cual puede afectar su capacidad para interpretar la información emocional y comunicar sus sentimientos y necesidades a los demás. Linehan y Heard (1992) exponen que entre los síntomas que más prevalecen en este grupo de personas son alta intensidad emocional, sensibilidad excesiva a ciertos estímulos emociones, dificultad y lentitud para retornar a niveles de afecto básicos y la tendencia a inhibir emociones dolorosas relacionadas con pérdida, tristeza, ansiedad o vergüenza.

Cabe recalcar que la tendencia que tienen las personas con patrones limítrofes a comportarse de manera autodestructiva o impulsiva están estrechamente relacionada con la incapacidad de procesar de manera adecuada la información sobre las emociones que están experimentando (Linehan, 1992). Por esta razón se expone que el sistema emocional desempeña un rol crucial y fundamental dentro de las alteraciones observadas en estos clientes. De esta manera, si estos individuos no pueden deshacerse

o procesar sus emociones, pueden llegar a un nivel de excitación de emoción demasiado intenso en el cual les va a resultar extremadamente difícil enfocarse en actividades de la vida diaria. Así pues, este grupo de clientes que presentan TLP no logran adaptarse con éxito a los estímulos emocionales.

Muller (2007), argumenta que las dificultades que presentan las personas con TLP en el procesamiento de sus emociones, es consistente con el concepto de alexitimia. La Alexitimia se refiere a la falta de conciencia emocional caracterizada por el déficit para identificar y describir las emociones de manera verbal, dificultad para distinguir entre sensaciones somáticas (Taylor, Bagby, Parker, 1997). De igual manera estos autores exponen que presentar características de alexitimia puede ser un indicador de la incapacidad para procesar emociones. Lane, Lee, Reidel, Weldon, Kaszniak, & Schwartz (1996) apoyan a lo anteriormente mencionado al decir que la alexitimia es un indicador de la dificultad en el procesamiento emocional, al demostrar en su estudio que esta condición no solo es una dificultad con el etiquetado, sino que también es una falla en la conciencia emocional y del procesamiento emocional. Dichas fallas llevan a las conductas autodestructivas impulsivas como suicidio o autolesión.

Warwar et al (2008), expone que los principios de la Terapia Enfocada en las Emociones pueden ser útiles en el tratamiento de las dificultades en el procesamiento emocional de los clientes con patrones limítrofes. De esta manera, el primer paso para evaluar el procesamiento de las emociones con estos clientes es explorar de forma empática los problemas pasados y presentes y comprender el funcionamiento, las relaciones, el apego y el historial de identidad. Al tener toda esta información, el terapeuta realiza el diagnóstico del proceso del estilo de procesamiento emocional del cliente mediante la observación de conductas del cliente como si está excesivamente

regulado o no, su calidad vocal, expresión facial, grado de expresión y observación frente a la experiencia interna.

Cabe recalcar que la evaluación temprana del procesamiento emocional del cliente con TLP es relevante para fomentar la seguridad en el mismo (Warwar et al 2008). A medida que el terapeuta informa ciertos patrones disfuncionales con respecto al procesamiento del cliente va ayudando a disminuir la angustia de este. La tarea primordial del terapeuta es conocer la capacidad de los clientes para articular, explorar, mostrar interés, reflejar y dar sentido a la experiencia emocional. Entonces, la atención en el espacio terapéutico se centra en como los pacientes presentan sus experiencias y en su narrativa. En síntesis, en un contexto terapéutico, es importante evaluar durante todo el tratamiento el estilo de procesamiento emocional del cliente, una fuerte alianza terapéutica, un vínculo regulador efectivo (empatía, validación emocional y alivio interpersonal), regulación de las emociones, psicoeducación, y la transformación de esquemas emocionales que es el principal mecanismo de cambio de la EFT (Greenberg, 2002).

### ***Como la EFT ha trabajado con personas que presentan procesos limítrofes.***

La terapia focalizada en las emociones ha demostrado ser un tratamiento con alta validez empírica en cuanto a tratar a clientes que presentan procesos limítrofes (Pos y Greenberg, 2012). Sin embargo, como exponen estos académicos, aspectos como debilidad en el funcionamiento de la metacognición o de reflexión, auto estados fluctuantes y organización de procesos interpersonales desadaptativos suelen ser algunos de los desafíos con los que tienen que manejar los académicos que se dedican a la investigación y tratamiento de este grupo de población. Por ello es importante conocer como los investigadores han trabajado con individuos con procesos limítrofes y reconocer las fortalezas y limitaciones que pueden ser tomado en análisis.

Desde la terapia focalizada en las emociones, se debe comprender en primera instancia cuales son los estilos característicos de los clientes para estar con ellos mismos y con los demás. Por esto, es importante conocer sobre las historias de apego del cliente, sus eventos significativos y traumáticos. Greenberg (2003) considera que esto es importante ya que el ser humano en las primeras interacciones con sus figuras de protección desarrolla formas típicas de relacionarse con los demás y con ellos mismos. De esta manera, este autor expresa que los clientes aprenden formas de interacción con sus pares a partir de su temperamento, necesidades y objetivos que están organizados como esquemas emocionales. También, este académico considera que los clientes desarrollan estilos de relación consigo mismos que pueden identificarse por esquemas emocionales de hostilidad, auto descuido, auto invalidación o auto engrandecimiento.

Greenberg (2003) explica que, en terapia, se debe poner especial atención a las historias de apego primerizas ya que solo así, el terapeuta EFT podrá identificar ciertos procesos intra e interpersonales del cliente, así como su dinámica de regulación y expresión de reacciones afectivas. Este académico reconoce que si bien es cierto interacciones con sus figuras de protección son significativas, también lo son las relaciones con sus pares u otras relaciones íntimas del cliente. Dicha información que recopila el terapeuta cuando entra en contacto con el cliente serviría de guía para comprender los problemas y la naturaleza misma que conduce al cliente a terapia (Greenberg, 2003).

Dicha identificación de los estilos de regulación de los clientes ayuda a los terapeutas a reconocer que marcadores de las tareas puede trabajar el cliente durante su proceso terapéutico, facilitando también el desarrollo de la alianza terapéutica de manera temprana (Greenberg, 2003). La terapia enfocada en las emociones cuenta con tareas que abordaran experiencias problemáticas específicas que son difícil de ser

procesadas, de esta manera Elliot, Watson, Goldman y Greenberg (2004) exponen que tareas como el despliegue evocador sistemático, recuento de traumas y creación del significado van a explorar de manera específica en los procesos de reexaminación y reexperimentación de las situaciones que fueron importantes y dolorosas en la vida del cliente. Dichos académicos argumentan que estas tareas van a ser de gran utilidad para clientes que vienen a consulta con eventos estresantes en su vida que involucran reacciones de pánico, fobia, dificultades de estrés postraumático o proceso de personalidad límite.

Se hará especial relevancia en el trabajo experiencial de los procesos con clientes que presentan procesos limítrofes. Así pues, Elliot, Watson, Goldman y Greenberg (2004) argumentan que este trabajo se basa en cinco principios generales que son: mantener una relación de empatía de valor, tratar problemas de desregulación emocional desde un comienzo de la terapia, ayudar a los clientes a explorar y comprender las acciones autolesivas, trabajar en traumas no resueltos y emociones desadaptativas y ayudar a los clientes a desarrollar un sentido de empoderamiento y autodirección. Cada principio se expondrá con más ímpetu a continuación debido a su gran aporte al trabajo terapéutico con este grupo de población.

El primer principio se refiere a mantener una relación terapéutica con el cliente que sea significativa y empática, siendo este punto prioridad en la terapia debido a que clientes con procesos limítrofes generalmente ponen a prueba la paciencia y relación del terapeuta y por lo tanto suele ser más complicado crear y mantener una alianza significativa con estos pacientes (Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). De igual manera otro punto importante es trabajar la falta de regulación emocional de estos clientes desde un comienzo, Como menciona Elliot, Watson, Goldman y Greenberg

(2004) si el paciente no se siente seguro de explorar las emociones que le causan más dolor y miedo en terapia, el trabajo terapéutico no puede comenzar.

Por esta razón, es importante que el terapeuta le muestre al cliente que el ambiente terapéutico es seguro y adecuado para traer las emociones más dolorosas a ese contexto. Por lo tanto, el terapeuta guía al cliente hacia la autorregulación mediante métodos efectivos que ayuden a calmar las acciones impulsivas y arriesgadas que presentan estos clientes (Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). El objetivo es que el cliente desarrolle la sensación de tener control sobre sus emociones. Estos autores exponen que la tarea de “Clearing space” que será explicada más tarde en este trabajo puede ayudar a cumplir con este principio.

El siguiente principio se refiere sobre el apoyo del terapeuta hacia los clientes para que puedan comprender y explorar las acciones de autolesión que comenten. Elliot, Watson, Goldman y Greenberg (2004) exponen que lo positivo de realizar esto dentro de un espacio terapéutico es que se le brinda al cliente la experiencia de calidez, tolerancia y validación de la relación misma mientras conjuntamente van explorando las acciones autolesivas y desconcertantes con relación al reconocimiento y aceptación de sus emociones. Posteriormente se trabaja en los traumas no resueltos y en las emociones desadaptativas de estos clientes, se lo realiza mediante la exploración de sus conductas autolesivas actuales y desregulación emocional hacia los problemas de trauma o abuso que están asociadas con dichas conductas. Estos académicos exponen que, durante este proceso, es relevante que se trabaje con la autoestima del cliente que se verá afectado por su interpretación hacia sí mismos como “malvados” “locos” o “dañados”.

Otro principio importante que mencionan Elliot, Watson, Goldman y Greenberg (2004) es ayudar al cliente a desarrollar el sentido de empoderamiento y autodirección lo cual se alcanza con forme el cliente accede a las experiencias internas y puede

percibir las de manera más clara, reconociendo cuáles son sus necesidades. Estos académicos consideran que la nueva versión del sentido de yo que adquieren los clientes emerge como mejora del yo frágil o dañado.

Las principales tareas terapéuticas que se aplican con personas que presentan procesos limítrofes son la afirmación empática, formación de la alianza, “clearing a space”, el diálogo de la alianza “Alliance dialogue”, la exploración empática, el desarrollo evocador sistemático y el diálogo de dos sillas. Elliot, Watson, Goldman y Greenberg (2004) explican que en la afirmación empática de las experiencias vulnerables que trae consigo el cliente es uno de los elementos más críticos e importantes dentro del trabajo con procesos limítrofes debido a que estos clientes se perciben a sí mismos como personas con vacío, vergüenza y desesperación (Herman, 1992). Por esta razón estos académicos consideran que solo después de validar esas experiencias, el cliente podrá explorar sus aspectos de forma más profunda. Cabe reconocer que a estos clientes les cuesta confiar en el terapeuta de manera inmediata, sin embargo, cuando alcanzan dicho nivel de confianza y comparten las mayores vulnerabilidades Elliot, Watson, Goldman y Greenberg (2004) consideran que es relevante que el terapeuta responda, valore, comprenda y acepte lo que los clientes estén experimentando.

El siguiente trabajo terapéutico es la formación de alianzas, dicha tarea tampoco va a ser sencilla para el terapeuta debido al historial de relaciones desadaptativas que han tenido los clientes con procesos limítrofes, entre estas, relaciones hirientes o abusivas con figuras significativas como son sus padres que pueden causar en el cliente emociones desadaptativas que llegan a ser generalizadas en cualquier tipo de relación que vayan construyendo dichos clientes (Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). Estos autores, consideran que para la realización de esta tarea es importante que se

trabaje a la par con tareas como exploración empática, respuestas de enseñanza experiencial o como “clearing a space” que será explicada a continuación.

Clearing a space es una tarea sencilla, pero con gran aporte terapéutico debido a que mediante esta tarea se puede conseguir la seguridad terapéutica que el cliente necesita para que pueda explorar desde el inicio de la terapia los sentimientos y recuerdos más dolorosos que el mismo presente (Gendlin, 1996). Lo importante de esta tarea es que puede ser utilizada cualquier momento durante el proceso terapéutico cuando el cliente se desregula emocionalmente o también al finalizar una sesión para ayudar al cliente a re-contener sus experiencias dolorosas (Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).

En el dialogo de la alianza se pretende que el terapeuta escuche con atención a los mensajes implícitos y explícitos que manda con respecto a la relación, de manera especial a los negativos para explorar la manera en la que están experimentando la relación terapéutica (Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). Estos académicos consideran que el terapeuta puede utilizar el cuestionario que desarrollo la terapia enfocada en las emociones para abordar la alianza terapéutica y conocer que aspectos positivos o negativos son útiles en relación con el desarrollo y mantención de la misma.

La exploración enfática es otra de las tareas que se vuelven esenciales al momento de trabajar con personas con procesos limítrofes ya que como estos clientes tienen historias en donde sus cuidadores o seres más significativos no brindaron empatía requieren de cierto grado de sentirse escuchados y que sus experiencias dolorosas sean reconocidas (Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). Así pues, el brindar a estos clientes la experiencia de ser conocidos de manera más profunda le permite al cliente cumplir con su objetivo de terapia que es reparar el déficit de desarrollo de relaciones interpersonales. La tarea del despliegue evocativo sistemático es un elemento básico

para trabajar en terapia con personas que presentan procesos limítrofes o de estrés extremo ya que esta tarea ayuda a activar los recuerdos de las experiencias difíciles (Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004) sin embargo, estos autores recomiendan que se realice esta tarea después de las primeras tres sesiones.

Pos y Greenberg (2012) expresan que los clientes con procesos limítrofes pueden presentar dificultad al momento de tener intervenciones con tareas que implican el trabajo de la silla incluso dentro de un contexto de validación y relación empática puesto implica que se activen recursos emocionales más adaptativos. Sin embargo, estos académicos consideran que a pesar de que estos aspectos que pueden sonar contraproducentes para este grupo de clientes, el trabajo de la silla dentro de la EFT brinda a los clientes la posibilidad de estimular la metacognición, mitigar la activación emocional y aumentar experiencias de polarización y de auto coherencia (Pos y Greenberg, 2012).

Por eso se sugiere que la tarea de la doble silla se proponga al cliente únicamente cuando el terapeuta se haya asegurado de haber creado una relación terapéutica sólida y cuando existan indicios de que el cliente está preparado para representar a sus abusadores en la otra silla (Greenberg, 2002). Cabe recalcar que es esencial que los clientes marquen el ritmo y la dirección de las sesiones en las que se aplicará la silla vacía, y que, en efecto, el terapeuta comente esto al cliente.

Las tareas que se describieron son las que más se utilizan para trabajar con clientes que presentan patrones limítrofes, sin embargo, Elliot, Watson, Goldman y Greenberg (2004) exponen que tareas como enfoque experiencial, trabajo con la silla vacía y recuento de traumas van a jugar un rol importante en el trabajo con dichos clientes al permitir más exploración e introspección dentro del contexto terapéutico. A

continuación, se expandirá acerca del trabajo con la silla vacía que es una tarea que según los académicos ha traído grandes beneficios para dichos clientes.

La silla vacía es una tarea que se utiliza comúnmente para tratar asuntos inconclusos o pendientes. Así pues, la silla, que consiste en la representación del otro, cumple una función que es la de integrar una resolución mediante el diálogo. Como Greenberg (2002) menciona, clientes que tienen este tipo de asuntos pendientes, son ambivalentes sobre si desean o no volver a la fuente del trauma ya que quieren deshacerse de esos recuerdos intrusivos, sin embargo, existe la amenaza de que ese dolor llegue a retraumatizar al cliente.

Otra opción es que se comience en silla vacía con la persona que no brindó protección cuando el otro abusaba. Es decir que se comience con algo no tan abrumador para el paciente, para ir introduciendo al mismo a lo que es el ejercicio y el gran cargo emocional que el mismo puede traer.

Es importante que cuando se trabaje con este ejercicio, se ofrezca al cliente toda una base de información sobre como lo puede manejar, es decir, de cierta manera, algunos clientes pueden pensar que el contestar a sus padres o algún otro ser superior es una falta de respeto porque va en contra de su sistema de creencias y valores, y de esta manera pueden mostrar resistencia al ejercicio (Greenberg, 2002). Por esta razón, es primordial que se explique que es un ejercicio que sirve para poder expresar, reprocessar emociones y pensamientos que causan malestar en el cliente porque dichos sentimientos conviven con el mismo, mas no para hacerlo en un contexto real. Algo que también suele preocupar a los clientes es la intensidad que tiene este ejercicio y por eso, como se mencionó anteriormente, es importante que el cliente establezca su propio ritmo (Greenberg, 2002).

Con respecto a los aspectos que pueden hacer que los clientes se resistan o no confíen plenamente en este ejercicio, son que de cierta manera algunos clientes se acostumbraron al status quo de no exponer lo que sienten porque consideran que ya no se puede hacer nada, sin embargo, es el rol del terapeuta informar al cliente que quizá una relación pasada desadaptativa puede estar afectando o alimentando al conflicto actual y si se logra solucionar el antiguo problema, llegue a aliviar el actual (Greenberg, 2002). Para esto, el terapeuta debe proporcionar la esperanza de que el diálogo con la contraparte puede servir para llevar la expresión de la emoción dolorosa y con eso conseguir los resultados deseados. Greenberg (2002) menciona que de esta manera los clientes lleguen a sentirse atendidos y que aprecien que puedan expresar los sentimientos de manera libre.

Cabe recalcar que los clientes encuentran gran alivio al resolver sus asuntos pendientes en compañía de su terapeuta quien les guía y les muestra apoyo y comprensión (Greenberg, 2002). Para ello, va a depender de como el terapeuta introduce esta tarea, así pues, si muestra un gran sentido de convicción sobre la utilidad de esta, junto con una explicación clara y lógica del proceso, aumentará la voluntad del cliente para trabajar en la tarea y por ende podrá obtener los beneficios que la misma brinda. Así mismo se explicará que él es una oportunidad para que el cliente explore y reprocese por sí mismo los aspectos de dicha relación. El trabajo primordial del terapeuta en esta tarea es la de facilitar la representación del otro negativo en la silla y alentar a que haya una expresión y exploración de alguna experiencia en concreta que lleve a la evocación de los sentimientos no resueltos y estos puedan ser reestructurados (Greenberg, 2002).

Cabe reconocer que clientes que presentan procesos limítrofes requieren de terapias que por lo general son más largas o van a tener mayor tiempo de duración

(Eckert y Biernmann Ratjen, 1998). Según estos académicos consideran que los clientes con procesos limítrofes van a necesitar entre 40 a 50 sesiones como mínimo en el lapso de un año, y de igual manera el proceso puede tener una duración de entre dos a cinco años. Además, estos autores reconocen que cuando se aborda un trabajo sobre material de trauma o abuso se deben explorar primeramente cuales son los posibles beneficios o peligros que conlleva la exploración de dichas experiencias. De igual manera, se debe discutir acerca de los recursos disponibles con los que cuentan los clientes como forma de apoyo o métodos tranquilizadores para que se desarrollen estrategias adecuadas frente a emergencias que puedan ocurrir durante el proceso terapéutico (Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004)

### **Instrumentos de la EFT para estudiar Procesamiento emocional.**

Los instrumentos que utiliza la Terapia Focalizada en las Emociones para estudiar el procesamiento emocional y a su vez permitir que el cliente pueda tener un adecuado procesamiento emocional guiaran tanto al terapeuta como el cliente hacia los resultados terapéuticos que se esperan. De esta manera Greenberg (2000) expone que la escala de excitación emocional es importante que sea utilizada como un indicador relevante y de permanencia en las tareas terapéuticas que aborda esta terapia y que fueron explicadas con anterioridad como la silla vacía. Este académico menciona que esta escala va a definir siete niveles de excitación basados en señales vocales y expresivas (Greenberg, 2002).

Otra escala importante con la que se trabaja con mucho ímpetu en esta terapia es el “Client Experiencing Scale” en donde se define la participación de acuerdo con la experiencia de los clientes basados en siete niveles, en la que en cada nivel se describe la etapa de implicación tanto emocional como cognitiva del cliente (Klein, Mathieu,

Gendlin y Kiesler, 1969; Klein, Mathieu-Coughlan y Kiesler, 1986). De esta manera, en el nivel uno denota que la forma de expresar del cliente está en términos más generales y abstractos y por lo tanto se están evitando sentimientos y participación o comunicación personal. En el siguiente nivel existe una clara asociación entre el cliente y el contenido que presenta sin embargo su participación no va más allá de alguna situación específica.

En el nivel 3 se puede observar como de a poco el cliente va comentando sobre ciertos sentimientos o reacciones personales, pero todavía su narración está basada en términos externos de sí mismo. Posteriormente, en el nivel siguiente su participación se ve más enfocada hacia el flujo subjetivo de su experiencia y ya no tanto a sus atracciones como lo eran el primer nivel (Greenberg, 2003). En el quinto nivel, el cliente elabora una pregunta interna en sí mismo. En el sexto nivel el cliente exterioriza nuevos significados y sentimientos que ha ido explorando y descubriendo en terapia para resolver los problemas que lo aquejan actualmente. En el último nivel, este autor expone que, el cliente es capaz de tener una conciencia estable y además que sus sentimientos se hayan expandido y pueda tener sus procesos internos presentes, siendo capaz de vincular e integrar los aspectos de su experiencia en relación con cómo están ocurriendo en el presente. Greenberg (2003) expone que cabe reconocer que el objetivo del terapeuta EFT no es que el cliente mediante su experiencia siempre llegue al último nivel, si no que sea de facilitador para que el cliente pueda involucrarse más en el proceso, es decir llegue al nivel cuatro y de ahí vaya escalando.

De igual manera, la investigación de la terapia enfocada en las emociones ha utilizado informes y calificaciones del procesamiento emocional del cliente en sesión (Holowaty y Paivio, 2012). Así pues, la investigación cualitativa se ha convertido en un aliado de esta terapia y el enfoque RCP que se orienta en preguntar a los clientes que les

pareció útil dentro de terapia se ha vuelto más popular en los últimos años (Elliott y James, 1989). De esta manera, los clientes son entrevistados al final o de manera parcial en la terapia, en el cual se utiliza un formato cualitativo también conocido como la entrevista del cambio (Elliott, Slatick y Urman, 2001). Este informe contiene de cuatro a ocho preguntas abiertas como que les pareció importante de la sesión o la terapia hasta la actualidad, de igual manera se les invita a reflexionar sobre sus cambios dentro del proceso terapéutico y a que atribuyen dichos cambios (Holowaty y Paivio, 2012). Estos académicos consideran que realizar este tipo de preguntas abiertas produce una amplia visión cualitativa del proceso y los resultados que la terapia ha traído consigo. Así mismo, Machado, Beutler & Greenberg (1999) expone que este enfoque también puede ser utilizado para preguntar sobre la utilidad de la terapia en su vida extra terapéutica.

## **METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada**

El presente proyecto de investigación responde a la pregunta ¿Como y hasta qué punto la EFT facilita el procesamiento emocional en mujeres maltratadas en la infancia que presentan procesos limítrofes? Para ello se utiliza una metodología mixta, es decir el enfoque será cualitativo y cuantitativo debido a que se utilizarán cuestionarios de reporte que responden tanto a lo cualitativo como cuantitativo porque es importante recolectar datos numéricos y de reporte para confirmar si la Terapia Focalizada en las Emociones es efectiva para tratar los procesos limítrofes y verificar si existen niveles de cambio en sus patrones emocionales y de comportamiento.

El diseño de esta investigación será experimental de preprueba-posprueba con grupo control, esto quiere decir que a un grupo de la población se le aplicará la terapia EFT y al otro grupo no, para poder determinar si la intervención es efectiva. De igual manera es importante medir con antelación el nivel procesamiento emocional y posteriormente para ver si existieron cambios a partir de la intervención. Es relevante mencionar que esta investigación es de tipo longitudinal de tendencia ya que se analizarán los cambios a través del tiempo en una población determinada (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). La variable independiente es la Terapia Focalizada en las emociones y la variable dependiente es nivel de procesamiento emocional en mujeres con procesos limítrofes.

### **Participantes**

Para la realización de esta investigación se tomará una muestra no probabilística debido a que se enfoca en un grupo específico de población a lo Sampieri, Fernández y Baptista (2010) denomina sujetos tipo ya que deben cumplir con características especiales relacionadas con el objetivo de investigación. De esta manera los individuos que son incluidos en este estudio son 120 mujeres hospitalizadas y ambulatorias en los Hospitales Psiquiátricos de Quito como el San José Marina, San Juan de Dios, San Lázaro y el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón que cumplan con un diagnóstico de personalidad límite y que se presenten historia de maltrato intrafamiliar. El rango de edad de los participantes será entre 18 y 65 años y el nivel socioeconómico no será un criterio de exclusión.

### **Herramientas de Investigación Utilizadas**

Las herramientas de investigación que se utilizaron para este proyecto son, en primera instancia una Entrevista Estructurada Clínica para identificar los trastornos de personalidad que se encuentran en el Eje II del DSM-IV para verificar si la muestra previamente escogida cumple con el criterio de diagnóstico para personalidad límite. De igual manera se utiliza la Entrevista de Diagnóstico revisada para Borderlines (DIB-R) que su versión en español ha demostrado tener una consistencia interna buena ( $\alpha = .89$ ) y buena confiabilidad entre evaluadores ( $ICC = .94$ ) (Barrachina et al., 2004).

Adicionalmente se utilizará el cuestionario de trauma Infantil- forma corta (CTQ) que es un instrumento de autoinforme que contiene 28 ítems con escalas Likert de cinco puntos (Bernstein & Fink, 1998) en el cual se pueden obtener puntuaciones basadas en cinco tipos de maltrato: abuso emocional, sexual, físico, negligencia emocional y física, en el cual las puntuaciones más elevadas demuestran niveles más alto de maltrato. Se aplica este cuestionario para constatar si la muestra cumple con los criterios que se requiere para la investigación. Es importante mencionar que las subescalas de este cuestionario además muestran gravedad, frecuencia y duración del maltrato (Bernstein & Fink, 1998) por último la versión de CTQ es español muestra un coeficiente de consistencia interna de ( $\alpha = .83$ ) (Hernández et al, 2012).

Escalas que son utilizadas una vez empezado el tratamiento son el formulario de Aspectos útiles de la terapia (HAT) que es un cuestionario de autoinforme cuantitativo y cualitativo ya que contiene preguntas Likert sobre cambios terapéuticos y preguntas abiertas que se refieren a las experiencias que tuvieron los clientes dentro de la terapia acerca de los aspectos que consideraron útiles y no útiles dentro de la sesión (Llewelyn, Elliott, Shapiro, Firth & Hardy, 1988). Este académico reconoce que este es el método que se utiliza con más frecuencia para identificar los eventos relevantes que serán llevado a análisis posteriormente. Además, se argumenta que los datos cualitativos que

genera este formulario contienen gran detalle para la identificación e interpretación de eventos significativos que ayudan al cliente en su proceso de cambio terapéutico.

El “Clinical Outcomes in Routine Evaluation” o CORE es una medida Likert que mide el estado de salud mental y síntomas. Además, cubre aspectos como bienestar, problemas, nivel de funcionalidad en la vida y factores de riesgo (Mellor et al, 2000). Con este instrumento se puede medir los cambios en los síntomas del cliente semana a semana y entre el inicio y el final del tratamiento las diferencias del cliente al comenzar la terapia y al terminarla. La investigación del CORE que este instrumento es de fácil interpretación y ha demostrado alto nivel de confiabilidad y validez.

La Escala de procesamiento emocional (EPS), es una escala de autoinforme que contiene 38 ítems en los cuales se miden ocho factores que están relacionados con el déficit del procesamiento emocional (Thomas, Thomas, & Owens, 2007). La investigación de estos autores expresa que la escala EPS es una medida competente del procesamiento emocional.

El cuestionario de regulación de la emoción (ERQ; Gross & John, 2003) es una escala de autoinforme que contiene 10 ítems, en los cuales se evalúan la supresión emocional y su reevaluación. Además, la escala ERQ, utiliza una escala Likert que va desde 1 “muy en desacuerdo” a 7 “muy de acuerdo”. Gross y John (2003) consideran que esta escala es utilizada para medir el uso habitual de 2 estrategias de regulación emocional: reevaluación y supresión.

La escala de excitación emocional (CEAS-III; Warwar y Greenberg, 1999) es una escala que evalúa la intensidad y calidad de las emociones presentadas por el cliente, basada en la evaluación del grado de excitación de la voz y de restricción de la expresión del participante. Como mencionan Warwar y Greenberg (1999) una “voz

emocional” es caracterizada por un desbordamiento de emoción en un patrón de habla y se puede detectar mediante el análisis del patrón de acentuación, regularidad del ritmo y si ha existido la interrupción de patrones del habla.

Por último, se utilizará la escala de Asuntos Inconclusos (UFB FN; Greenberg, Warwar, & Malcolm, 2010) la cual mide los niveles de resolución de los sentimientos y necesidades del cliente en relación con personas significativas. Esta herramienta contiene ocho ítems que son calificados a partir de una escala Likert de cinco puntos (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2010). Además, la escala FN contiene ítems que se refieren a sentimientos y necesidades del *Self*. Las investigaciones indican que en las subescalas se pueden valorar elementos como los sentimientos no resueltos del cliente, las necesidades no cumplidas con respecto al otro y el “yo” que están afectando a la autoestima del cliente. Es importante mencionar que se ha demostrada la fiabilidad de esta escala (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2010).

### **Procedimiento de recolección y Análisis de Datos**

En primera instancia se realizarán los convenios con cuatro Hospitales psiquiátricos de la ciudad de Quito que son San José Marina, San Juan de Dios, San Lázaro y el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón mediante el cual permiten que el equipo de investigación realice el proyecto con participantes de sus instituciones y que si de ser relevante se revelen ciertos datos de relevancia para el estudio. De igual manera, todos los participantes deberán firmar un documento de consentimiento informado donde se estipulará el propósito del estudio, beneficios, condiciones y la naturaleza voluntaria de su participación. Los criterios de exclusión se realizarán mediante la evaluación del diagnóstico en el eje II con la SCID-II y se confirmará el diagnóstico con la DIB-R. De igual manera, se les administra el cuestionario (CTQ)

para confirmar historia de maltrato intrafamiliar, personas que no cumplieron con los criterios fueron eliminados del estudio. Es importante reconocer que también se utiliza la información proporcionada por el psiquiatra y el psicólogo en cuanto a su historia clínica y se realiza una entrevista clínica con cada participante.

Consecuentemente, se procede a separar de manera aleatoria los sesenta participantes que estarán en el grupo experimental y a los otros sesenta que serán el grupo de control. En el primer grupo (experimental) se les aplicará el CORE, la Escala de sentimientos y necesidades de asuntos inconclusos (UFB FN), la escala de procesamiento emocional (EPS) y el cuestionario de regulación de la emoción (ERQ) antes de la terapia focalizada en las emociones y al finalizar el tratamiento. Al segundo grupo (control) también se les aplicará el CORE, la Escala de sentimientos y necesidades de asuntos inconclusos (UFB FN) la escala de procesamiento emocional (EPS) y el cuestionario de regulación de la emoción (ERQ) antes de la terapia focalizada en las emociones y al finalizar el tratamiento al comienzo de la investigación y al finalizar la misma sin recibir la terapia focalizada en las emociones.

El grupo experimental recibirá un total de veinte sesiones en las cuales al finalizar cada intervención deberán llenar el HAT para conocer qué aspectos de esa sesión les resultó beneficioso o que aspectos no ayudaron a que la sesión haya sido eficaz. En cuanto a los aspectos que conllevan al tratamiento terapéutico, se trabajará juntamente con 30 estudiantes de último año de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ) que hayan sido entrenados en EFT para que realicen las intervenciones durante el periodo de 5 meses y cada estudiante aplique el tratamiento a dos de los participantes del proyecto. Las intervenciones se realizarán en la Clínica de Salud Mental de la USFQ dentro de sus consultorios que cuentan con un ambiente apropiado para la terapia.

En cuanto al periodo de tratamiento, se realizará la intervención EFT utilizando un protocolo de cuatro fases relevantes propuestas por Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, (2004) para ser consideradas por los practicantes en la intervención de los participantes. En la primera se considera relevante que se cree una alianza significativa con el participante para ello se deberá responder de manera empática, validar el dolor y las experiencias emocionales difíciles que trae consigo el maltrato intrafamiliar, de igual manera, es importante que en esta fase el cliente pueda identificar cuáles son los aspectos más problemáticos para ellos relacionados con la lesión (Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).

La siguiente fase consiste en la evocación y exploración de las emociones del cliente, así pues, es importante que el participante experimente sentimientos como ira, tristeza, dolor o sentimientos angustiantes que estén relacionados con las lesiones emocionales para ello se puede utilizar la tarea de silla vacía que fue explicada a más detalle en el marco teórico. Esta fase de evocación y exploración es importante que se mantenga superpuesta a las otras fases del tratamiento. La tercera fase consiste en la interrupción automática de constricción emocional, resignación o desesperanza (Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). Estos académicos consideran que con esta fase se logra que se incremente la conciencia en el cliente sobre como interrumpirse así mismo para promover el cambio conforme va accediendo y procesando las emociones que no permiten llegar a un nivel de resolución alto.

En la última fase de la intervención se trabaja en un nivel de empoderamiento y de dejar ir o perdonar al maltratador, en este punto es importante que el cliente pueda acceder a emociones que no fueron expresadas con anterioridad mediante la excitación emocional e inculcar el derecho a acceder a las necesidades pasadas no satisfechas (Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). Como expresan estos autores, esto ayuda

al cliente a responsabilizar al otro conforme se permite sufrir y dejar ir las necesidades no satisfechas.

El análisis de los datos obtenidos se lo realizará mediante el análisis de varianza unidireccional o de un factor (ANOVA), es una prueba estadística que se utiliza para analizar si dos o más grupos muestran diferencias significativas en cuanto a sus medidas y varianzas (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Al realizar la comparación entre el grupo experimental y de control será posible comprobar si existe una diferencia en estilo de procesamiento emocional, regulación emocional, resolución de conflictos no resueltos. El HAT se utilizará para examinar los procesos terapéuticos que contribuyeron al cambio en el grupo experimental. Los análisis estadísticos se realizarán usando el programa de SSPS.

### **Consideraciones Éticas**

Es relevante mencionar que el presente proyecto de investigación respeta todos los principios éticos que establece el código de la Asociación Americana de Psicología (APA) para el trabajo de investigación con personas. Como se mencionó anteriormente, parte del procedimiento es que tanto los hospitales psiquiátricos como los participantes del proyecto acepten de forma voluntaria participar en esta investigación. Como medida de constancia de que el procedimiento se realiza de esa manera se les entrega el consentimiento informado con el cual pueden conocer todos los aspectos y características que involucra el presente proyecto y firmar de manera no coaccionada. Cabe recalcar que, si los resultados demuestran la efectividad del tratamiento, al grupo control que no recibe el tratamiento, también estará en una lista de espera y por lo tanto serán los siguientes participantes para recibir el tratamiento.

De igual manera, cabe recalcar que los participantes están en todo el derecho de retirarse de la investigación si no se están sintiendo cómodos con el tipo de terapia que se les está aplicando. En cuanto a los datos y análisis que se obtendrán, los participantes pueden tener acceso total a la información que le corresponda a cada uno, con la debida seguridad de que su información se mantiene en el anonimato y para evitar cualquier tipo de problema de confidencialidad cada participante tendrá un código con la finalidad de proteger su identidad y características de esta. Dicho consentimiento informado se encuentra en el anexo B de este trabajo.

### **RESULTADOS ESPERADOS**

El principal resultado que se espera obtener mediante la aplicación de este proyecto de investigación es que la Terapia Focalizada en las Emociones pueda facilitar el procesamiento emocional, regulación emocional, excitación emocional y resolución de conflictos no resueltos en mujeres maltratadas en su infancia que presentan procesos limítrofes. Se pretende conocer esto mediante la prueba ANOVA para constatar que haya diferencias significativas entre el grupo experimental y de control. De igual manera, se espera que esta terapia pueda mejorar la calidad de vida de los participantes porque se pretende llegar a un nivel de curación profundo y que al procesar de manera correcta lo que no les permitía mejorar su experiencia de vida diaria o el síntoma puedan llegar a sentirse mejor consigo mismos de manera permanente con la certeza de que podrán utilizar las herramientas brindadas en terapia para cuando tengan que enfrentarse a situaciones difíciles.

También se espera que se puedan evaluar los aspectos y tareas que consideran relevantes los participantes para su cambio terapéutico mediante la aplicación y análisis del HAT. De igual manera se esperaría que con la aplicación del pre y post del CORE se

pueda constatar que los niveles de funcionalidad de los participantes hayan mejorado, así mismo mediante la evaluación de este instrumento se pueda monitorear los factores de riesgo o problemas que pueden estar presentando los participantes (Mellor et al, 2000). Con respecto a la tarea de “Asuntos Inconclusos” que es un pilar fundamental dentro del contexto de cambio terapéutico se espera que los participantes muestren niveles altos de resolución emocional frente a personas significativas con las cuales tenían asuntos inconclusos al inicio del proceso terapéutico lo cual confirmaría los resultados de lo cual confirmaría los resultados de (Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).

Otro gran propósito de este proyecto de investigación es validar a la Terapia Focalizada en las Emociones como una terapia para trabajar con clientes que presentan procesos limítrofes debido a su alto contenido en el trabajo con emociones. Esto corroboraría con varios de los resultados a los que han llegado autores como Pos & Greenberg (2012); Warwar, Links, Greenberg y Bergmans (2008); Paivio & Pascual-Leone (2010) que han sido académicos reconocidos dentro del área de la investigación de procesamiento emocional con personas con procesos limítrofes y que han aplicado la EFT como principal método para lograr un cambio en dichos clientes, los resultados más reveladores son que en efecto, la EFT es un tratamiento que tiene elevado sustento empírico para trabajar con procesos limítrofes mediante la aplicación de sus principios como cambio de conciencia, regulación de la expresión, transformación, reflexión y experiencias correctivas (Pos & Greenberg, 2012).

Los resultados de esta investigación sirven para demostrar la eficacia de la EFT en casos de personas con procesos limítrofes, lo que sustenta su aplicación. De igual manera, se espera que los resultados analizados después de las tres primeras sesiones revelen que el terapeuta ha creado una alianza significativa con el participante ya que solo este factor, sería un elemento importante que aporte gran beneficio al bienestar del

participante. Como mencionan Adler, Shahar, Dolev, & Zilcha-Mano (2018) la alianza puede ser curativa en si misma ya que rescata un papel de regulación del afecto que el cliente va internalizando a medida que transcurren las sesiones. Además, estos académicos consideran que la creación de la alianza terapéutica provee un ambiente adecuado para la facilitación de un procesamiento emocional profundo que es el principal objetivo de este proyecto.

## **DISCUSIÓN**

### **Conclusión**

Una vez finalizada la investigación, es importante considerar la pregunta inicial del proyecto, ¿Como y hasta qué punto la EFT facilita el procesamiento emocional en mujeres maltratadas en la infancia que presentan procesos limítrofes? Los resultados de este estudio dan soporte a los resultados de estudios previos que muestran que los participantes que recibieron el tratamiento de EFT experimentan una mejora significativa en comparación con grupos de control u otros grupos que recibieron otro tipo de tratamiento (Greenberg, Warwar, & Malcolm, 2008). Estos estudios indican que sentimientos angustiantes, necesidades insatisfechas asociadas con el trauma disminuyen con la aplicación de las tareas de la EFT, sin embargo, se necesita más investigación con respecto a niveles de resolución más profundos como el perdón al agresor.

De igual manera, estudios previos respaldan los resultados que indican que los pacientes que han recibido el tratamiento de EFT expresan haber sentido niveles altos de excitación emocional durante el tratamiento, lo que confirma que la terapia focalizada en las emociones es un tratamiento con niveles más elevados de excitación emocional que otros tratamientos, lo que permite una mayor profundización y

exploración emocional (Greenberg, Warwar, & Malcolm, 2008). Estos académicos consideran que esta excitación emocional les permite a los clientes acceder de manera más rápida a sus emociones dolorosas y elaborarlas en el comienzo de la terapia, lo cual permite una reestructuración emocional más rápida y efectiva. Greenberg (2002) respalda lo anteriormente mencionado al exponer que trabajar con los sentimientos dolorosos, enfrentándolos, permitiendo que salgan y aceptándolos, lleva a un cambio significativo. Así mismo, se considera que incrementar durante el tratamiento sentimientos como el perdón, empatía y aceptación hacia el “*Self*” lesionado se relacionan con una mejor salud de los participantes al momento en el que dejan ir lo que anteriormente les causaba dolor.

Es importante reconocer que distintos enfoques de la psicoterapia consideran que es sumamente relevante trabajar con las emociones de los clientes en la terapia (Pos & Greenberg, 2007). De tal manera, estos autores exponen que la EFT provee un marco teórico e intervenciones para trabajar adecuadamente con los procesos emocionales de los clientes ya que ofrece perspectivas de la emoción diferentes y significativas, en donde mediante el empleo de las intervenciones de esta terapia se logra activar y trabajar con las experiencias emocionales de los clientes. De igual manera, Pos & Greenberg (2007) expresan que la EFT ha demostrado de manera empírica que es un tratamiento altamente efectivo y eficaz para trabajar con trauma emocional, y por lo tanto no hay duda de que desde la EFT se logre trabajos productivos cuando se requiere trabajar en el procesamiento emocional.

Con respecto a las tareas específicas que aborda esta terapia, se quería conocer de manera específica con cual se puede acceder a niveles más completos de resolución y por lo tanto Pos & Greenberg (2012) expresan que el trabajo de la silla con pacientes que presentan procesos limítrofes puede llegar a ser completamente útiles ya que les

facilita las experiencias con relación a sus propios estados emocionales. Se considera que las estrategias de EFT son utilizadas para trabajar con relaciones desadaptativas entre los estados del *Self* que se encuentra en conflicto con el objetivo de que el cliente adopte una postura más reflexiva y metacognitiva hacia las partes que se encuentran en conflicto.

Pos & Greenberg (2012) expresan que clientes con procesos limítrofes, al ser personas que experimentan procesos caóticos internos, son de mucha ayuda las tareas que involucran la silla ya que aprenden habilidades de regulación emocional, modulación de excitación a través de reflexiones lúdicas, dialécticas, contacto empático y entrenamiento explícito de emociones. Este tipo de habilidades van a salvaguardar la capacidad del cliente para explorar por sí mismo sus estados internos más profundos que involucren conflicto. Estas intervenciones serán las que ayuden a los clientes a procesar de manera adaptativas sus emociones, permitiendo que su calidad de vida mejore y sepan manejar con mayor asertividad los conflictos relacionados con sus emociones o pensamientos disfuncionales. De esta manera, se considera que la terapia focalizada en las emociones es una terapia óptima que los terapeutas deberían tomar en consideración para trabajar con clientes que presenten procesos limítrofes.

### **Limitaciones del Estudio**

Se considera importante brindar al lector cuales son los posibles aspectos que podrían limitar el presente proyecto de investigación. Un aspecto relevante para tomar es que en esta investigación se va a trabajar únicamente con clientes de instituciones psiquiátricas ubicadas en la ciudad de Quito, esto causa que los resultados de este estudio no podrán ser generalizados a la población ecuatoriana en general debido a que hay que tomar factores ambientales y culturales que difieren entre regiones. Sin

embargo, este proyecto brindará al terapeuta una guía sobre cómo proceder cuando se enfrenten a casos relacionados, conociendo que en general esta terapia tiene gran apertura y ha sido investigada en diversos países.

De igual manera, hay que tomar en cuenta que basta información utilizada en esta propuesta de investigación es basada en información que no ha sido previamente normada en la población ecuatoriana, y los resultados que las mismas han relevado corresponden a grupos de población diferentes del que están trabajando en este proyecto. Así mismo hay que considerar que la muestra de población no es significativa como para hacer conclusiones más profundas con respecto a los resultados que se puedan obtener. Es importante tomar en cuenta que los terapeutas que estarán proporcionando la terapia a los participantes, son estudiantes de último año, que si bien es cierto han recibido una completa formación sobre la terapia, les falta horas de experiencia brindando terapia a personas con procesos limítrofes en específico. Por último, otro factor que se considera limitante es que los participantes al no ser obligados a terminar con el proceso pueden concluir con la terapia en cualquier momento, lo que hará que análisis estadísticos y conclusiones de las pruebas administradas no puedan ser analizadas.

### **Recomendaciones para Futuros Estudios**

Las recomendaciones que se dan para futuros estudios, es que en primera instancia se tomen en cuenta las limitaciones de este proyecto de investigación previamente mencionadas. De igual manera, es importante que se consideren aspectos demográficos que no fueron relevantes en este estudio, de tal manera, es importante que se consideren estratos económicos de diferente tipo (alto, medio bajo) y que se incluya en la muestra participantes de diferentes regiones del Ecuador para que el estudio sea de

mayor impacto. Con respecto a temas que se encontraron interesantes durante la construcción de la sección del marco teórico, es el trabajo de la terapia focalizada en las emociones para tratar con clientes que presentan estrés postraumático, ya que en base a la revisión literaria y los resultados analizados podría ser otro grupo de población que se favorezca en gran medida de este tipo de terapia.

Una investigación que escalaría a un mayor nivel sería la comparación en términos de eficacia y efectividad de la terapia cognitivo conductual, que también posee bastante información para trabajar con grupos de trauma, y la terapia focalizada en las emociones. Para de esta manera conocer cual terapia brindaría mejores resultados a corto y a largo plazo, lo que podría ayudar a los terapeutas, a saber, cuál sería la terapia más eficaz y efectiva en el contexto terapéutico cuando necesiten trabajar con grupos de poblaciones en trauma.

## BIBLIOGRAFÍA

- Adler, G., Shahar, B., Dolev, T., & Zilcha-Mano, S. (2018). The Development of the Working Alliance and Its Ability to Predict Outcome in Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety Disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(6), 446-454.
- Angus, L. & Greenberg, L. (2011). Working with narrative and emotion in Emotion-Focused Therapy: Changing stories, healing lives. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ashley E. Mlotek & Sandra C. Paivio (2017) Emotion-focused therapy for complex trauma, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16:3, 198-214, DOI:10.1080/14779757.2017.1330704
- Ainsworth, M. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34 (10) pp. 932-937
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Armijos, G. M., & Costa, S. C. (2017). Repercusiones de la violencia intrafamiliar como factor de riesgo en el rendimiento académico. *Journal of Science and Research: Revista Ciencia e Investigación*, 2(7), 23-29.
- Auszra, L., Greenberg, L. S., & Herrmann, I. (2013). Client emotional productivity—optimal client in-session emotional processing in experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 23(6), 732-746. doi:10.1080/10503307.2013.816882

- Baker, R. (2010). *Understanding trauma: How to overcome post traumatic stress*.  
Oxford: Lion Hudson.
- Baker, R., Gale, L., Abbey, G & Thomas, S. (2013). Emotional Processing Therapy for post-traumatic stress disorder. *Counselling Psychology Quarterly*, 26:3-4, 362-385, DOI: 10.1080/09515070.2013.816840
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 167-178)
- Barrachina, J., Soler, J., Campins, M. J., Tejero, A., Pascual, J. C., Alvarez, E., et al. (2004). Validation of a Spanish version of the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R). [Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Borderlines- Revised (DIB-R)] *Actas Españolas De Psiquiatría*, 32(5), 293–298.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Bridges, M. R. (2006). Activating the corrective emotional experience. *Journal of Clinical Psychology: In Session* 62, 551-568.
- Beck, J.S. (2011). *Cognitive Therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford
- Bland AR, Williams CA, Scharer K, et al. (2004) Emotion processing in borderline personality disorders. *Issues Ment Health Nurs* ;25:655–72.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume 2. Separation: Anxiety and anger*. The Hogworth Press, London.
- Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 279-287.
- Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current psychiatry reports*, 15(1), 335.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2015). *Treatment of complex trauma*. New York, NY: GuildfordPress.
- Courtois, C.A., & Ford, J.D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide*. New York, NY: Guilford Press
- Chamberland, C., Fallon, B., Black, T., Nico, T., & Chabot, M. (2012). Correlates of substantiated emotional maltreatment in the second Canadian incidence study. *Journal of Family Violence*, 27, 201–213. <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-012-9414-8>
- Clemmons, J. C., Walsh, K., DiLillo, D., & Messman-Moore, T. L. (2007). Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child Maltreatment*, 12(2), 172–181.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 399–408.

- Dubowitz, H., & Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *Lancet*, 369,1891-1899.
- Eckert, J., y Biernmann-Rtjen, E. M. (1998). *The treatment of borderline personality disorder*. New York: Guildord Press.
- Evans, John Mellor-Clark, Frank Margison, Michael Barkham, Kerry Audin, Janice Connell, Graeme McGrath, C. (2000). CORE: clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3), 247-255.
- Elliot R., Watson J.C., Goldman, R.N., Greenberg, L.S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change*. USA: APA.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanisticexperiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 495–538). New York: Guilford Press.
- Elliot R., Watson J.C., Goldman, R.N., Greenberg, L.S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change*. USA: APA.
- Elliott R, Watson JC, Goldman RN, et al. (2003). *Learning emotion focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association;
- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. In J. Frommer & D.J. Rennie (Eds.), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 69111). Lengerick, Germany: Pabst Science Publishers.

- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467.
- Frankl, V. E. (1959). *Man's search for meaning*. Boston, MA: Beacon Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1998). Clinical applications of bioinformational theory: Understanding anxiety and its treatment. *Behavior Therapy*, 29, 675-690.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. New York, NY: Oxford University Press.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The Attachment Interview for Adults*. Unpublished manuscript. Department of Psychology, University of California, Berkeley, CA.
- Gibb, I., Chelminski, M., Zimmerman (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients: *Depression and Anxiety*, 24 pp. 256-263.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.

- Greenberg, L., & Elliott, R. (2012). Corrective experience from a humanistic/experiential perspective. In L. Castonguay & C.E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. Washington DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment by moment process*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L.S., & Watson, J.C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington DC: American Psychological Association.
- Greenberg L, Pascual-Leone (2006). A. Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *J Clin Psychol*;62: 611–30.
- Greenberg, L., Warwar, S., & Malcolm, W. (2010). Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(1), 28-42.
- Greenberg, L. S., Warwar, S. H., & Malcolm, W. (2008). Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 185–196.
- Gendlin, E. T. (1981). *Focusing* (2<sup>nd</sup> ed.). New York, NY: Bantam.
- Gendlin, E. T. (1997). *Experiencing and the creation of meaning: A philosophical and psychological approach to the subjective*. Evanston, IL: Northwestern University Press.

- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York: Guildord Press.
- Goldman, R., Greenberg, L. & Pos, A. (2005). Depth of emotional experience and outcome, *Psychotherapy Research*, 15:3, 248-260, DOI: 10.1080/10503300512331385188.
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Hamarman, S., Pope, S.J. Czaja (2002). Emotional abuse in children: Variations in legal definitions and rates across the United States *Child Maltreatment*, 7 (4), pp 303-311.
- Hamilton, J., Shapero, B., Stange, J., Hamlat, E., Abramson, L. Alloy, L. (2013). Emotional maltreatment, peer victimization, and depressive versus anxiety symptoms during adolescence: Hopelessness as a mediator. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42 (3) pp. 332-347.
- Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 133– 152). New York, NY: Springer.
- Herman, J. (1992). *Truma and recovery: The aftermath of violence-from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Hernandez, A., Arntz, A., Gaviria, A. M., Labad, A., & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2012). Relationships between childhood maltreatment, parenting style, and borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 727-736.

- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Horowitz, M. J. (1986). Stress response syndromes (2nd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Holowaty, K & Paivio, S. (2012). Characteristics of client-identified helpful events in emotion-focused therapy for child abuse trauma, *Psychotherapy Research*, 22:1, 56-66
- HeforShe. (2018). Your voice matters. Your actions make it real. Recuperado de: <http://www.heforshe.org/es>
- Khattra, J. (2016). Narrative-emotion process markers in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: a process-outcome study. Recuperado de: [https://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/bitstream/handle/10315/32770/Khattra\\_Jasmine\\_2016\\_Masters.pdf?sequence=2](https://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/bitstream/handle/10315/32770/Khattra_Jasmine_2016_Masters.pdf?sequence=2).
- Klevens, J., & Ports, K. A. (2017). Gender inequity associated with increased child physical abuse and neglect: a cross-country analysis of population-based surveys and country-level statistics. *Journal of family violence*, 32(8), 799-806.
- Klein, M. H., Mathieu, P. L., Kiesler, D. J., & Gendlin, E. T. (1969). The Experiencing Scale: A research and training manual. Madison: University of Wisconsin, Bureau of Audio Visual Research.
- Klein, M. H., Mathieu-Couglan, P., & Kiesler, D. J. (1986). The Experiencing Scales. In: L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 21 /71). New York: Guilford Press.

- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8, 862–886.
- Lane, R. D., Lee, S., Reidel, R., Weldon, V., Kaszniak, A., & Schwartz, G. E. (1996). Impaired Verbal and Nonverbal Emotion Recognition in Alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 58(3), 203–210. doi:10.1097/00006842-199605000-00002
- Linehan MM, Heard HL. (1992). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In: Clarkin JF, Marziali E, Munroe-Blum H, eds. *Borderline personality disorder: Clinical and empirical perspectives. The Guilford personality disorders series.* New York: Guilford:248–67.
- Linehan MM. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder.* New York: Guilford;
- Llewelyn, S. P., Elliott, R., Shapiro, D. A., Firth, J., & Hardy, G. (1988). Client perceptions of significant events in prescriptive and exploratory periods of individual therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 105-114
- Machizawa-Summers, S. (2007). Childhood trauma and parental bonding among Japanese female patients with borderline personality disorder. *International Journal of Psychology*, 42(4), 265–273.
- Machado, P., Beutler, L.E., & Greenberg, L.S. (1999). Emotion recognition in psychotherapy: Impact of therapist level of experience and emotional awareness. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 39-57.
- McMain, S. F., Fitzpatrick, S., Boritz, T., Barnhart, R., Links, P., & Streiner, D. L. (2018). Outcome Trajectories and Prognostic Factors for Suicide and Self-Harm

Behaviors in Patients With Borderline Personality Disorder Following One Year of Outpatient Psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 32(4), 497–512.

Mlotek., A. E. (2013). The contribution of therapist empathy to client engagement and outcome in emotion-focused therapy for complex trauma (Unpublished master's thesis). University of Windsor, Windsor, Ontario, Canada.

Muller RJ. (2007) . When a patient has no story to tell: Alexithymia. *Psychiatric Times*, July 2000; XVII (7) (available at: [www.psychiatristimes.com/p000771.html](http://www.psychiatristimes.com/p000771.html), accessed November 13, 2007).

Nickell, A. D., Waudby, C. J., & Trull, T. J. (2002). Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. *Journal of Personality Disorders*, 16(2), 148–159.

OMS (2016). Child Maltreatment Fact Sheet. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>.

Phelps, E. A., & LeDoux, J. E. (2005). Contributions of the amygdala to emotion processing: From animal models to human behavior. *Neuron*, 48(2), 175-187.  
doi:10.1016/j.neuron.2005.09.025

Paivio, S. C., & Pascual-Leone, A. (2010). Emotion-focused therapy for complex trauma: An integrative approach. Washington, DC: American Psychological Association

Paivio, S. C., & Laurent, C. (2001). Empathy and emotion regulation: Reprocessing memories of childhood abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 213–226.

- Paivio, S. C. (2001). Stability of retrospective self-reports of child abuse and neglect before and after therapy for child abuse issues. *Child Abuse & Neglect*, 25(8), 1053–1068.
- Pascual-Leone, A. (2009). Dynamic emotional processing in experiential therapy: Two steps forward, one step back. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 113-126. doi:10.1037/a0014488
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why “the only way out is through”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875-887. doi:10.1037/0022-006X.75.6.875
- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2012). Organizing awareness and increasing emotion regulation: Revising chair work in emotion-focused therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(1), 84-107.
- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion focused therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 25–31.
- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2012). Organizing awareness and increasing emotion regulation: Revising chair work in emotion-focused therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(1), 84-107.
- Rauch, S., & Foa, E. (2006). Emotional processing theory (EPT) and exposure therapy for PTSD. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 61-65.  
doi:10.1007/s10879-006-9008-y
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51–60.

- Rachman, S. (2001). Emotional processing with special reference to post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 13, 164–171.
- Roig, M. J. A. (2018). Violencia con género. A propósito del concepto y la concepción de la violencia contra las mujeres. In *Pensar el tiempo presente: homenaje al profesor Jesús Ballesteros Llompart* (pp. 503-532). Tirant lo Blanch.
- Samoilov, A., & Goldfried, M. R. (2000). Role of emotion in cognitive-behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 391–393.
- Silbersweig D, Clarkin JF, Goldstein M, et al. (2007). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*;164:1832–41
- Schmahl, C., Herpertz, S. C., Bertsch, K., Ende, G., Flor, H., Kirsch, P., ... Bohus, M. (2014). Mechanisms of disturbed emotion processing and social interaction in borderline personality disorder: state of knowledge and research agenda of the German Clinical Research Unit. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 12. doi:10.1186/2051-6673-1-12
- Taillieu, T., Brownridge, D., Sareen, J y Afifi, T. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*: 59: 1-12
- Taylor GJ, Bagby M, Parker J. (1997). Disorders of affect regulation: Alexithymia and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse and Neglect*, 23, pp. 929-945.

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Timulak, L. (2014). Witnessing Clients' Emotional Transformation: An Emotion-Focused Therapist's Experience of Providing Therapy. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY: IN SESSION*, Vol. 70(8), 741–752.
- Van Der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389–399.
- Varra, A. A., & Follette, V. M. (2004). ACT with posttraumatic stress disorder. In S. C.
- Warwar, S., Links, P., Greenberg, L y Bergmans, Y. (2008). Emotion-Focused Principles for Working with Borderline Personality Disorder: *Journal of Psychiatric Practice*. 2: 14.
- Warwar, S., & Greenberg, L. S. (1999a). Client Emotional Arousal Scale– III. Unpublished manuscript, York University, Toronto, Ontario, Canad
- White, R y Renk, K. (2012) Externalizing behavior problems during adolescence: An ecological perspective. *Journal of Child and Family Studies*, 21 pp. 158-171,

**ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES**

18 de diciembre del 2018

A quien corresponda:

Presente,

El presente proyecto de investigación requiere de participantes que se encuentren en instituciones psiquiátricas y que tengan un diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe con historia de maltrato intrafamiliar para que puedan ser tratadas mediante la Terapia Focalizada en las Emociones (EFT) y de esta manera medir la eficacia de esta terapia en este grupo de población. La duración de este proyecto será de cinco meses, en los cuales se les dará a los participantes 20 sesiones de la terapia EFT y cada sesión tendrá una duración de 50 minutos.

En relación con la información personal de cada paciente y los resultados que puedan obtener serán totalmente confidenciales. De igual manera, la publicación de este proyecto es meramente con objetivos académicos. Cabe reconocer que el paciente está en total libertad de retirarse del tratamiento en cualquier fase de este sin repercusiones. Si presentan alguna duda, pueden comunicarse con Leyla Fanning al 0996541607, investigadora del proyecto o con Mariel Paz y Miño al mail mpazyminom@usfq.edu.ec, coordinadora del departamento de Psicología de la USFQ.

Atentamente,

Leyla Fanning

Investigadora del Proyecto

## ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos**

**Universidad San Francisco de Quito**

**El Comité de Revisión Institucional de la USFQ  
The Institutional Review Board of the USFQ**

### Formulario Consentimiento Informado

**Título de la investigación:** *Eficacia de la EFT para la facilitación del procesamiento emocional en mujeres maltratadas en la infancia que presentan procesos limítrofes*

**Organización del investigador** *Universidad San Francisco de Quito*

**Nombre del investigador principal** *Leyla Fanning*

**Datos de localización del investigador principal** *0996541607, leylagloriafanning@gmail.com*

**Co-investigadores** *Ninguno*

#### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

**Introducción** *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la eficacia de la Terapia Focalizada en las Emociones para la facilitación del procesamiento emocional en pacientes mujeres que han sido diagnosticadas con el trastorno de personalidad limítrofe y que presentan historia de maltrato familiar.

**Propósito del estudio** *(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)*

El presente estudio tiene como propósito validar la eficacia de la Terapia Focalizada en las Emociones en cuanto a facilitar el procesamiento emocional de mujeres que presentan procesos limítrofes y que tienen un historial de maltrato intrafamiliar. Se utilizará una muestra de 120 mujeres, las mismas que serán colocadas en el grupo control o experimental de manera aleatoria. Es importante recalcar que las mujeres que estén en el grupo control, estarán en lista de espera, lo que significa que serán las siguientes en recibir el tratamiento si se obtienen resultados positivos.

**Descripción de los procedimientos** *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

El proceso de intervención para el grupo experimental tendrá un total de 20 sesiones, que estarán divididas en cuatro fases de tratamiento de la Terapia Focalizada en las Emociones y tendrá una duración de 5 meses.

Cada sesión de tratamiento tiene una duración de 50 minutos. Se aplicarán instrumentos para medir la calidad de la terapia antes, durante y después del tratamiento.

**Riesgos y beneficios** (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Los posibles riesgos de este proyecto de investigación son los relacionados con las emociones que puedan surgir en las sesiones de tratamiento, ya que algunos de los ejercicios que tiene la EFT llegan a un nivel profundo de la emoción durante la exposición al trauma lo que puede hacer que surjan emociones dolorosas en el participante. Sin embargo, al ser una terapia que trabaja bajo los parámetros de la Terapia Humanista, es bastante empática y le brinda al participante una atmósfera segura en la que se sientan seguros y aceptados de tener dichas emociones. Los posibles beneficios que este proyecto tiene son que el participante pueda tener un correcto procesamiento emocional, reestructuración emocional con respecto al material del trauma y por lo tanto una calidad de vida más satisfactoria.

**Confidencialidad de los datos** (se incluyen algunos ejemplos de texto)

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y \_\_\_\_\_ tendrán acceso.
- 2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio
- 2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

**Derechos y opciones del participante** (se incluye un ejemplo de texto)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decirselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

**Información de contacto**

**Consentimiento informado** (Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo (si aplica)	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono \_\_0996541607\_\_ que pertenece a \_\_la investigadora principal\_\_\_\_, o envíe un correo electrónico a \_\_leylagloriafanning@gmail.com\_\_\_\_\_

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

**ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA EL LEVANTAMIENTO DE LA  
INFORMACIÓN.**

## HAT HELPING ASPECTS OF THERAPY

Fecha \_\_\_\_\_ Sesión # \_\_\_\_\_  
 Su nombre: \_\_\_\_\_  
 El nombre de su terapeuta \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SESIÓN POR PARTE DEL CLIENTE

Traducción de Teresa Borja, Ph.D. (original en Inglés: L. Greenberg/R. Elliot)

1. Favor indique cuánto en general siente que esta sesión le ayudó o le hizo daño:

NEGATIVO	NEUTRO	POSITIVO
<input type="checkbox"/> Fue extremadamente dañina para mí <input type="checkbox"/> Fue fuertemente dañina para mí <input type="checkbox"/> Fue moderadamente dañina para mí <input type="checkbox"/> Fue un poco dañina para mí	<input type="checkbox"/> Ni me ayudó ni me hizo daño	<input type="checkbox"/> Me ayudó un poco <input type="checkbox"/> Me ayudó moderadamente <input type="checkbox"/> Me ayudó muchísimo <input type="checkbox"/> Me ayudó extremadamente

2. Cómo se siente con respecto a la sesión que acaba de completar?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7  
 Muy mal            Algo mal            Mediano            Algo bien            Muy bien            Excelente            Perfecto

3. Cuánto apoyo sintió por parte de tu terapeuta durante esta sesión de terapia?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7  
 Menos              Nada                  Un poquito          Algo                  Bastante              Muchísimo          Completamente  
 Que apoyado      ~~apoyado~~          ~~apoyado~~          apoyado              apoyado              apoyo                  apoyado

4. Cuánto progreso siente que logró en esta sesión respecto a cómo manejar sus problemas?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7  
 Mis problemas    NO llegué          Un poquito          Algo de              Un progreso          Un progreso          Una gran cantidad  
 se empeoraron    a ningún lado      de progreso          ~~progreso~~          moderado              considerable          de progreso

5. Cuál fue la principal preocupación en la que usted se enfocó en esta sesión?

6. Hasta qué punto algo cambió en usted en esta sesión? Por ejemplo, puede ser que haya visto el problema de una nueva forma, experimentado algo diferente, o hecho algo diferente

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7  
 Para Nada                      Algo                      Moderado                      Muchísimo

Si fue así, describa brevemente lo que cambió en usted

7. Como resultado de esta sesión, usted decidió que quisiera manejar algo de una forma diferente como cambiar una conducta, o tratarse a sí mismo o a su pareja diferente? Circule sólo una respuesta.

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7  
 Para Nada                      Algo                      Moderado                      Muchísimo

Si fue así, qué quisiera hacer diferente?



### Appendix: Unfinished Business in Bereavement Scale (UBBS)

Sometimes people who have lost a significant person in their life are left with the sense that something was unsaid, unfinished, or unresolved in the relationship when the person died. Below is a list of different kinds of “unfinished business” that you may or may not have experienced. For each statement, please indicate how distressed you have been about this issue in the past month. The blank spaces below represent the name of the deceased.

How distressed have you been by this issue in the past month?

	Not at all distressed	A little distressed	Neutral	Distressed a lot	Extremely Distressed
1. I wish we did more things together.	1	2	3	4	5
2. There were secrets in our relationship that should have been discussed.	1	2	3	4	5
3. I should have told him/her 'I love you' more often.	1	2	3	4	5
4. I never got closure on some important issue or conflict in our relationship.	1	2	3	4	5
5. I wish I had told _____ how much s/he meant to me.	1	2	3	4	5
6. I feel that I need _____'s permission to live fully since s/he died.	1	2	3	4	5
7. I wish I would have taken my chance to say goodbye.	1	2	3	4	5
8. I feel a deep sense of anger toward _____ that I don't know how to resolve now that s/he is gone.	1	2	3	4	5
9. I wish I would have attended to _____'s needs more closely in his/her final days.	1	2	3	4	5
10. _____ kept something from me that I wish we could've discussed.	1	2	3	4	5
11. I didn't get to say I love you one last time.	1	2	3	4	5
12. I held onto a secret that I wish I had told _____.	1	2	3	4	5
13. We didn't spend enough time together.	1	2	3	4	5
14. Because of the hurt/conflict in our relationship, I cut off _____ before s/he died.	1	2	3	4	5
15. I should have been there when _____ died.	1	2	3	4	5
16. I worry that I did something that contributed to _____'s death.	1	2	3	4	5
17. I wish I would have told _____ how much I value the lessons that s/he taught me.	1	2	3	4	5
18. I wish I had the chance to tell _____ that I forgive him/her.	1	2	3	4	5
19. Thinking about how _____ won't be involved in my future is difficult for me.	1	2	3	4	5
20. I never got to resolve a breach in our relationship.	1	2	3	4	5
21. I wish I had got to know him/her better.	1	2	3	4	5
22. My relationship with _____ was deeply disappointing and now will never be resolved.	1	2	3	4	5
23. I have special memories of _____ that I should have shared with him/her.	1	2	3	4	5
24. I wish we would've talked about his/her death more explicitly.	1	2	3	4	5
25. I have trouble comprehending that _____ won't be there for significant events in my future.	1	2	3	4	5
26. I wish I could have given _____ one last special experience.	1	2	3	4	5
27. I never got the chance to say goodbye.	1	2	3	4	5
28. I wish we were able to experience all life would have had in store together.	1	2	3	4	5

**Scoring:** To calculate a total UBBS score, average scores for all 28 items. The *Unfulfilled Wishes* subscale can be calculated by averaging items 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 26, 27, and 28. The *Unresolved Conflict* subscale can be calculated by averaging items 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, and 24. The first eight items of the scale can be used for the Brief UBBS, with items 1, 3, 5, and 7 tapping into Unfulfilled Wishes and items 2, 4, 6, and 8 tapping into Unresolved Conflict. Average scores  $\geq 3.9$ , 4.8, and 3.4 on the UBBS total, Unfulfilled Wishes subscale, and Unresolved Conflict subscale, respectively, are indicative of problematic unfinished business.

<b>DURANTE LOS ÚLTIMOS SIETE (7) DÍAS...</b>		Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
F	1 Me he sentido muy sola/o y aislada/o	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	2 Me he sentido tensa/o, ansiosa/o o nerviosa/o	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	3 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
W	4 Me he sentido bien conmigo misma/o	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
P	5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	6 He sido violenta/o físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
P	8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	9 He pensado en hacerme daño a mi misma/o	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	10 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	12 Me he sentido satisfecho/a con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
P	13 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
W	14 He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	15 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	16 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
W	17 Me he sentido agobiada/o por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	18 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormida/o	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	19 He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
P	20 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	21 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
R	22 He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	23 Me he sentido desesperada/o o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	24 He pensado que sería mejor que estuviera muerta/o	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	25 Me he sentido criticada/o por los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	26 He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	27 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	28 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	29 Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	30 He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
W	31 Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
F	32 He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0



### CORE-OM-34: Evaluación del Estado Psicoterapéutico

Sicología Clínica USPQ 1

Nombre/Código Cliente: _____	Edad a: ____ m: ____	Género: __M__ F
Terapeuta: _____	Sesión n° _____	Fecha d: ____ m: ____ a: ____
Tipo de terapia: __Humanista__	__Cognitiva-Conductual__	__Psicodinámica__
intervención: __Lista de espera__	__Pre-intervención__	__Post-intervención__

#### Instrucciones

#### IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST

A continuación encontrará 34 frases, lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así **durante los últimos siete días**. Después marque la casilla que mejor lo refleje.

USO EXCLUSIVO  
DEL  
TERAPEUTA!

¡ GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO !

Hoja de calificación CORE-OM-34

1. Llenar las celdas de "Ítems" con los puntajes de los reactivos de la hoja anterior.
  2. Sumar los valores de todos los ítems de cada escala y poner la sumatoria en "Puntuación total".
  3. Dividir la puntuación total de cada ítems para el valor indicado y escribir el resultado en "puntuación media" de cada escala, entonces multiplicar cada puntuación media por el valor indicado y escribirlo en "puntuación clínica".
  4. Sumar los valores de las puntuaciones totales y escribirla en "GLOBAL" y después dividir este resultado para el valor que se indica, así se obtendrá la puntuación media, entonces multiplicar esta puntuación media por el valor indicado y así obtendrá la "Puntuación Clínica" del cuestionario.
- Si desea puede obtener un valor global **sin tomar en cuenta la escala R**.
  - ❖ Cada total dará una idea de cual es el estado del cliente en cada área. Por favor prestar especial atención al resultado de la escala R.

Escala	W	P	F	R	Puntuaciones Clínicas					
Ítems ->	4	2	1	6	<i>saludable</i>	0-5				
		5	3							
		8	7							
	14	11	10	9			<i>leve</i>	6-10		
		13	12							
		15	19							
	17	18	21	22	<i>medio</i>	11-15				
		20	25							
		23	26							
	31	27	29	24			<i>moderado-severo</i>	16-20		
		28	32							
		30	33						34	<i>severo</i>
				GLOBAL	Sin "R"					
Puntuación total										
Dividir para	4	12	12	6	34	28				
Puntuación media										
Multiplicar por	x 10	x 10	x 10	x 10	x 10	x 10				
Puntuación Clínica										

