

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

ESCUELA DE CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO Y EDUCACIÓN

Emotion Focused Therapy con una Paciente de Esquizofrenia

Por

Grace Patricia Pacheco Chica

Teresa Borja, Ph.D., Mentor y Director

Ana María Viteri, Lcda., Miembro del Comité

Jorge Flachier, Psi.D., Miembro del Comité

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

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

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

Quito, Ecuador

8 de mayo de 2012

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

COLEGIO DE ARTES LIBERALES

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Emotion Focused Therapy (EFT) con una Paciente con Esquizofrenia

Grace Patricia Pacheco Chica

Teresa Borja, Ph.D.
Directora de Tesis y
Miembro del Comité de Tesis



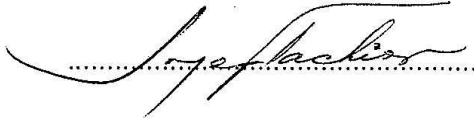
.....

Ana María Viteri, Lcda.
Miembro del Comité de Tesis



.....

Jorge Flachier, Psi.D
Miembro del Comité de Tesis



.....

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



.....

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



.....

Quito, 16 de mayo de 2012

© PÁGINA DERECHOS DEL AUTOR

GRACE PATRICIA PACHECO CHICA

2012

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada a mis padres Milton Pacheco y Soledad de Pacheco, quienes me apoyaron con todo el entusiasmo y fe. También quiero dedicar a mis dos hijos Alexander y Andrés que me llenaron de apoyo y de amor en mi camino y culminación de mi carrera. A mis dos amigos Fausto y Francisco que siempre me animaron con su ejemplo.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Teresa Borja, de quien me llevo un gran ejemplo de vida académica y el acercamiento a la Terapia Humanista

RESUMEN

La terapia enfocada en la emoción (EFT por sus siglas en inglés, *Emotional Focused Therapy*) que pronostica resultados terapéuticos, tiene por objeto hacer sentido de la narrativa y de las emociones despiertas, las mismas que son experimentadas y reflejadas intensamente, dentro de un contexto de relación empática (Greenberg, 2012). Esta terapia fue utilizada con una cliente con diagnóstico de trastorno de esquizofrenia. El proceso terapéutico constó de 21 sesiones de una hora cada una. La cliente fue evaluada antes y después con el Inventario de Síntomas de Derogatis, observándose al final de la terapia resultados positivos en la cliente puesto que sus síntomas (positivos y negativos) disminuyeron de forma considerable entre los dos inventarios.

ABSTRACT

The main objective of Emotion Focused Therapy (EFT) is to make sense of moderately aroused emotions via the use of narrative, which are deeply experienced and reflected upon in the context of an empathically attuned relationship that predicts therapeutic outcome (Greenberg, 2012). This therapy was used with a client diagnosed with schizophrenia. The therapeutic process lasted 21 one-hour sessions each. The client was assessed before and after with de Derogatis Symptom Inventory. At the end of the sessions, positive outcomes were noticed in the client, as positive and negative symptoms diminished considerably between the inventory application.

TABLA DE CONTENIDO

Abstract.....	6
Tabla de contenido.....	7
Tablas.....	8
Introducción al problema.....	9
Antecedentes.....	9
El problema.....	11
Hipótesis.....	11
Pregunta de investigación.....	12
Contexto y marco teórico.....	12
Definición de términos.....	13
Presunciones del autor del estudio.....	14
Supuestos del estudio.....	14
Capítulo 2: Revisión de la literatura.....	15
Géneros de literatura incluidos en la revisión.....	15
Formato de la revisión de la literatura.....	15
Criterios de diagnóstico para esquizofrenia.....	16
Teorías que explican la esquizofrenia, tratamientos y terapias.....	18
Introducción de la EFT como terapia humanista.....	32
Emotion Focused Therapy.....	39
EFT y Esquizofrenia.....	54
Capítulo 3: Metodología y diseño de la investigación.....	56
Justificación de la metodología seleccionada.....	56
Descripción de participantes.....	56
Presentación de la demanda.....	57
Capítulo 4: Análisis de datos.....	62
Detalles del análisis.....	62
Tratamiento.....	64
Importancia del estudio.....	80
Capítulo 5: Conclusiones.....	81
Respuesta a la pregunta de investigación.....	81
Limitaciones del estudio.....	85
Recomendaciones para futuros estudios.....	85
Referencias.....	87
Anexo A: Título.....	89

TABLAS

Tabla 1. Tabla de Puntajes T normalizados Femenino Adultos	78
--	----

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

La esquizofrenia es una enfermedad mental severa, caracterizada por psicosis, apatía, evitación social e impedimentos cognitivos (Gottlieb, 2012). Con el desarrollo de un creciente rango de terapias para la esquizofrenia, la antigua idea que este trastorno era difícil de tratar y difícil de controlar ha sido desmentido. Sin embargo, la esquizofrenia continúa siendo uno de los trastornos psiquiátricos más paralizantes y limitantes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha calificado una de las 10 causas que llevan a la discapacidad a las personas en el mundo (Gottlieb, 2012).

La terapia enfocada en la emoción (EFT) como terapia humanista, es una intervención individual que prueba ser útil en la actualidad como un tratamiento intenso y efectivo para el manejo de la esquizofrenia como trastorno. Sus cualidades en cuanto a una alianza terapéutica profunda, como la atención incondicional positiva hacia el cliente junto con la autenticidad en un marco seguro de la terapia y sus distintas técnicas, parecen aliviar los síntomas peculiares tanto positivos como negativos (ideas delirantes y alucinaciones) que pueden llevar a la persona al aislamiento, abandono, falta de apoyo y desconexión con sus propios recursos de afrontamiento del trastorno.

Antecedentes

La OMS con respecto al término esquizofrenia menciona que fue introducido en el lenguaje médico a principios de este siglo por Bleuler. Se refiere a un desorden mental mayor, o un grupo de desórdenes, cuyas causas se desconocen ampliamente e involucran la disfuncionalidad en el pensamiento, percepción, afecto y comportamiento social. Hasta ahora, ninguna sociedad o cultura en el mundo se encuentra libre de esquizofrenia y existe evidencia que esta intrigante enfermedad representa un serio problema de salud pública (OMS). El *Manual de Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-IV- R)*

menciona que el término psicótico se refiere a las ideas delirantes y las alucinaciones manifiestas que se presentan en ausencia de conciencia sobre su naturaleza patológica.

La Organización Mundial de la Salud (2012) menciona que la esquizofrenia afecta a siete de cada 1000 individuos de la población en su mayoría entre el grupo de 15 a 35 años siendo la incidencia baja (3-10.000), la prevalencia es alta debido a la cronicidad. La esquizofrenia afecta a 24 millones de personas alrededor del mundo, el 90% de las personas no tratadas se encuentran en países en desarrollo. Por otra parte el *Manual Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-R) dice que los sujetos en los países en desarrollo tienden a tener un curso más agudo y una mejor evolución que los sujetos de los países industrializados. Además la esquizofrenia se expresa de forma diferente en mujeres que en hombres, la edad más frecuente de inicio de los hombres se sitúa entre los 18 y los 25 años, y en las mujeres entre los 25 y los 45 años. La esquizofrenia implica una disfunción en una o más de las principales áreas de actividad como las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios o el cuidado de uno mismo.

Por otra parte, El DSM-IV-R (2005) menciona que el progreso educativo está frecuentemente alterado y el sujeto puede ser incapaz de finalizar la escolaridad. Muchos sujetos son incapaces de mantener un trabajo durante tiempos de período largo. Por otra parte entre el 60% y el 70% de los sujetos con esquizofrenia no se casan y tienen contactos sociales relativamente limitados. La esperanza de vida de los sujetos con esquizofrenia es más corta que de la población por varias razones. El suicidio es un factor importante porque aproximadamente el 10% de los sujetos con esquizofrenia se suicidan y entre el 20% y el 40% hacen el intento durante el curso de la enfermedad, el riesgo continúa siendo elevado durante toda la vida. Los factores de riesgo incluyen el sexo masculino, la edad inferior a los 45 años, síntomas depresivos, sentimientos de desesperanza, desempleo y alta reciente de un hospital.

El problema

Después del mecanismo de acción de los fármacos, para contrarrestar los brotes psicóticos, el paciente con esquizofrenia queda a merced de los mismos problemas que tenía antes, como son el aplanamiento afectivo, alogia, abulia, depresión, disfunción social, laboral, consumo de sustancias entre otras. Existen diferentes teorías y terapias que tienen un acercamiento hacia el tratamiento de la esquizofrenia como trastorno, desde las teorías biológicas hasta las cognitivas conductuales, sin embargo ninguna de ellas considera los aspectos actitudinales del terapeuta como variables que pueden incidir en un cambio significativo. Por otra parte, no consideran a la persona como capaz de desarrollar su potencial por sí misma, recursiva y con capacidad de aprovechar sus experiencias internas y recursos externos (Cain, 2008).

Según la EFT, las disfunciones no son derivadas de un sólo mecanismo, sino más bien se las considera que nacen de varias posibilidades como la falta de conciencia o evitación de estados internos, fracaso en regular las emociones, respuestas desadaptativas basadas en un aprendizaje traumático o déficits del desarrollo, protección de la auto estima contra heridas, conflicto interno y bloqueo del significado (Greenberg, 2011).

Hipótesis

Hay varios signos que perduran después del brote psicótico en pacientes con esquizofrenia, si el paciente no halla en sí mismo los recursos internos y externos no podrá afrontar efectivamente los síntomas y signos de la enfermedad y en consecuencia tendrá pocas posibilidades de volver a organizar su vida familiar, amigos y trabajo. Si el paciente recibe las condiciones actitudinales por parte del terapeuta y propias de la terapia humanista y si se consideran las varias disfunciones y mecanismos que tiene en cuenta la EFT, el paciente será capaz de encontrar su potencial para afrontar su enfermedad y volver a ser funcional.

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta que punto la actitud incondicional positiva junto con los mecanismos de la terapia enfocada en la emoción pueden disminuir los signos y síntomas en una paciente de 31 años con esquizofrenia, en 20 sesiones de terapia?

Contexto y marco teórico

Existen varias teorías que explican la esquizofrenia entre ellas la psicoanalítica, cognitiva, interpersonal, sistémica. Además tratamientos farmacológicos los de primera y segunda generación y terapias con diferentes aproximaciones incluidas la terapia humanista y la terapia enfocada en la emoción (EFT).

El propósito del estudio

Dado que este es un estudio de caso basado en la EFT en donde el proceso tiene más importancia que el contenido y la formulación del caso es continuo, los resultados dependen tanto del contexto como de la persona. Sin embargo se espera reducir a través de la terapia los síntomas y signos positivos y negativos en la paciente con esquizofrenia, entre estos las ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento desorganizado, abulia.

El significado del estudio

Este estudio de caso puede ser de ayuda para futuras alumnas que realicen sus prácticas de terapia con la comunidad y quieran tratar a un paciente diagnosticado con esquizofrenia, ya que se sabe que este es el segundo caso de esquizofrenia a la fecha del cierre de esta tesis tratado a través de las consultas psicológicas gratuitas. De la misma forma puede ser fuente de información para personas que quieran estar mejor informadas sobre posibles terapias y tratamientos para la esquizofrenia.

Definición de términos

Para el estudio de caso es necesario entender algunos términos importantes que pueden ser interpretados por las diferentes teorías de forma distinta, para fines de aclarar sus significados se listan a continuación:

Alianza: Colaboración en las metas y tareas de la terapia

Apego: Conexión emocional que produce sentimientos de seguridad

Evitación: Distanciamiento de la experiencia

Conciencia: El proceso de simbolizar una experiencia

Directivo: La guía por parte del terapeuta

No regulada: La emoción es muy intensa para manejarla de forma adaptativa con la situación.

Emoción: Apreciación automática de la situación en relación al bienestar

Empatía: Imaginariamente se entra al mundo del otro

Silla vacía: Método donde se tiene a una persona hablar con otra imaginaria

Focusing: Poner atención a una sensación sentida en el cuerpo

Identidad: La sensación de unidad de la experiencia formada por una narrativa

Desadaptativo: No es más funcional

Emoción primaria: Una reacción emocional automática (consciente o inconsciente)

Emoción secundaria: Reacción a un estímulo previo, a menudo una reacción a una emoción anterior

Self: La organización cambiante de la experiencia al contacto con el ambiente

Splits: dos partes del self en conflicto

Unfinished business: Un mal sentimiento sin resolver hacia una persona importante

Presunciones del autor del estudio

Las principales presunciones de la terapeuta con respecto al estudio son:

- 1) Se presume que la cliente toma su prescripción médica lo que ayuda a evitar posibles brotes psicóticos
- 2) Que la cliente llega a consulta por su propia voluntad y medios
- 3) Que los datos provistos por la cliente para la ficha clínica son certeros
- 4) Que el auto reporte llenado pre y post terapia refleja con toda honestidad la intensidad de los síntomas que al momento ella sentía

Supuestos del estudio

A continuación en el Capítulo 2 se encuentra la Revisión de literatura, la misma que explica con gran profundidad el trastorno de la esquizofrenia y su relación tanto con la terapia humanista como con la terapia enfocada en la emoción (EFT) de sus conceptos y técnicas claves dentro de la EFT y los mecanismos de disfunción. En el siguiente bloque la metodología (capítulo 3) análisis de datos (capítulo 4) y las conclusiones y recomendaciones (capítulo 5).

CAPITULO 2: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes

Con el fin de conocer a profundidad los conceptos y temas relacionados con la esquizofrenia como trastorno, se utilizó el DSM-IV-R, revistas de investigación, libros y estudios de organizaciones mundiales como la OMS, talleres entre otros. Los mecanismos y técnicas de la EFT fueron dictados directamente por Leslie Greenberg. Este caso fue comentado con él personalmente, quien supo dar sus puntos de vista con respecto a pacientes que sufren esquizofrenia y la EFT. Por otra parte se utilizó el concepto de conceptualización generado en el taller para estructurar el estudio de caso, como también se descubrió nuevos autores a través de las referencias de otras investigaciones, las más recientes.

Formato de la revisión de la literatura

Para revisar a profundidad los temas pertinentes a la esquizofrenia el autor consideró importante conocer como se diagnostica la esquizofrenia según el DSM-IV-R, luego analizar las diferentes teorías, terapias y tratamientos farmacológicos que están siendo utilizados en la actualidad. Para entender la importancia del trabajo con las emociones el autor tuvo que revisar los temas de otros autores que trabajan con la emoción, como también el de la EFT. La literatura con respecto a la EFT fue el foco de atención puesto que sus técnicas y aproximaciones a la esquizofrenia habrían de probar la hipótesis de este estudio de caso. Hay 4 temas estudiados: 1) los criterios de diagnóstico 2) las teorías, terapias y tratamientos que explican la esquizofrenia 3) introducción de la EFT como terapia humanista 4) EFT y esquizofrenia.

Criterios de diagnóstico para esquizofrenia.

Según el DSM- IV- R (2005) los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia son:

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- 1) ideas delirantes
- 2) alucinaciones
- 3) lenguaje desorganizado (p. Ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia
- 4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- 5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan con ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (si el inicio es en la infancia o la adolescencia, fracaso en cuanto alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten los signos durante al menos seis meses, este período de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas que incluyan el criterio A, puede incluir los síntomas prodrómicos o residuales. Los signos de alteración pueden manifestarse sólo los negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A de forma atenuada.

- D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a : 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.
- E. Exclusión del consumo de sustancias y enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. Ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica
- F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos: reaparición de síntomas psicóticos destacados o síntomas negativos acusados

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos

Continuo: claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación

Episodio único en remisión parcial; se debe especificar si con síntomas negativos

Episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Subtipo de esquizofrenia tipo paranoide

Los criterios para el diagnóstico son:

- A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes
- B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada

Nota: se utiliza la misma clasificación del curso longitudinal de la esquizofrenia

Teorías que explican la esquizofrenia, tratamientos y terapias

Teorías biológicas sobre la esquizofrenia

Caballero, Fresan, Palacios y Rodríguez-Verdugo (2007) mencionan en su investigación la teoría del neurodesarrollo de la esquizofrenia, que postula que durante el desarrollo del embrión fetal y postnatal del sistema nervioso central, se dieron una o varias lesiones que afectaron los procesos de maduración normales y que existen marcadores biológicos que son principalmente variantes fenotípicas en el área craneo facial, como las orejas y la boca. Caballero y colegas (2007) encontraron que estos marcadores son de índole genético (relacionados con los cromosomas 5q,6p,8p,22q) o alteraciones observadas en imágenes cerebrales RMN, donde se pueden identificar diferencias en el volumen principalmente en el cíngulo y la corteza hipocampal y otros signos neurológicos suaves. A pesar que se intentó dar a los marcadores biológicos un papel central en la causa de la enfermedad se ha encontrado que estos son solamente significativos de “predisposición.”

Por otra parte Kamnsasaran (2003), dice que el estudio de la genética ha contribuido a evidenciar que no solamente el ambiente es la causa que influye sobre los desórdenes psiquiátricos como la esquizofrenia sino que también tiene una base biológica como por ejemplo, la herencia. El efecto sumado de los genes y el ambiente influyen en la variación del fenotipo, cuando esta se encuentra por sobre el 30% es considerada un rasgo de herencia en la

familia afectada, siendo de al menos el 71% la variación calculada para la esquizofrenia (Kamnsasaran, 2003).

Según el DSM IV- R (2005) existen déficits neuropsicológicos en sujetos que presentan esquizofrenia, como la memoria, las habilidades psicomotoras, la atención y la dificultad para cambiar la respuesta. Además se ha encontrado que estos déficits están presentes con anterioridad al primer episodio psicótico o a los tratamientos con fármacos. La gravedad de estos constituyen un factor importante para determinar la evolución social y vocacional de la enfermedad.

Tratamiento farmacológico.

Beck, Rector, Stolar y Grant (2009) encontraron que la medicina antipsicótica ha estado por sólo una mitad de siglo, en principio los pacientes con esquizofrenia fueron tratados con hidroterapia (muchos se ahogaban), con terapia de coma de insulina (algunos de ellos morían), otros fueron dados lobotomías frontales. Finalmente en 1952 Denker y Delay (citado en Beck et al., 2009) encontraron por accidente que la chlorpromazine (marca Thorazine) reducía las alucinaciones, un hallazgo que transformó el tratamiento de la esquizofrenia, eliminando otros regímenes terapéuticos desde comienzos del siglo 20.

El chlorpromazine entra a los Estados Unidos en 1954 y otras hermanas como haloperidol (Haldol) y perphenazine (Trilafon) (Beck et al., 2009). Los investigadores determinaron que el mecanismo de acción de los neurolépticos era bloquear los receptores de dopamina post sinápticos, encontrando también que estos neurolépticos eran “sucios” pues también afectaban otros sistemas de neurotransmisores en el cerebro, causando efectos como la sedación, el sobrepeso y extrapiramidales (Beck et al., 2009). Para 1970, la evidencia acumulada demuestra que la medicina antipsicótica ayuda a prevenir recaídas en los

pacientes, así los que descontinuaban la medicina tenían de 3 a 5 veces la probabilidad de sufrir una recaída comparado con los que no la dejaban (Beck et al. 2009).

La introducción del Clozapine en 1980 dio comienzo a la segunda generación de antipsicóticos, estos agentes incluyen risperidone (Risperdal) y olanzapine (Zyprexa) juntos, son las medicinas que más se prescriben para esquizofrenia en los Estados Unidos y Europa, y actualmente dominan el tratamiento de este desorden (Beck et al., 2009). Por otro lado, la segunda generación tiene un mecanismo de acción diferente es decir ellas antagonizan la serotonina junto con la dopamina, en principio fueron promocionadas como un descubrimiento en términos de eficacia reduciendo los efectos secundarios e impedimentos neurocognitivos, pero las investigaciones hallaron que sólo había una pequeña diferencia entre la medicina de primera generación, a pesar del alto costo y un alta probabilidad de una desestabilización metabólica con riesgo de desarrollar diabetes (Beck et al., 2009).

Beck y colegas (2009) reportaron el resultado de un estudio de 15 años en donde identificaron un subgrupo de individuos con esquizofrenia que descontinuaron la medicación antipsicótica y que experimentaron períodos de recuperación, quedó demostrado según este estudio que existe un subgrupo de individuos con esquizofrenia que no necesitan estar continuamente medicados para obtener un resultado.

Por otro lado un estudio de Robinson (citado en Beck et al., 2009) que bien podría ser el mejor de su clase, halló que el 50% de los pacientes que tomaban la medicación, con primeros episodios lograron 2 años de remisión de síntomas (leves síntomas positivos y moderados negativos) en 5 años de seguimiento, mientras que el 25% lograron 2 años de una adecuada sociabilidad y función vocacional. Un 12% finalmente se recuperaron totalmente por 2 años o más. Este resultado es una segura confirmación de la eficacia de la medicación existente y tratamientos auxiliares para mejorar el funcionamiento social y vocacional (Beck et al., 2009).

Teoría psicoanalítica y la esquizofrenia

Según Ingelmo, Ramos y Muñoz (1997) la versión clásica de la teoría psicoanalítica utilizada para la esquizofrenia encaminada a obtener el *insight* no parece eficaz debido con seguridad a que la esquizofrenia no es una patología psiquiátrica iniciada por conflictos intrapsíquicos. Ingelmo y colegas (1997) coinciden en que la ampliación de conciencia mediante la interpretación analítica no es una herramienta adecuada para el tratamiento terapéutico. Freud osciló entre un modelo de conflicto y un modelo de déficit, este último relacionado con la descategorización de las representaciones objetales (Ingelmo et al., 1997). Según Ingelmo y colegas (1997) en la actualidad el modelo teórico toma en cuenta diferentes niveles como el biológico que incluyen los factores genéticos y los receptores dopaminérgicos; los psicológicos como los mecanismos de afrontamiento de la angustia, y sociológicos como los factores estresantes y el grado de apoyo social.

Ingelmo y colegas (1997) encontró que dentro de la terminología Freudiana los pacientes esquizofrénicos no tienen aparato psíquico claramente diferenciado, así tienen dificultad de distinguir lo interno de lo externo, entre el pasado y el presente, entre el yo y el objeto, la tolerancia a la ansiedad suele ser mínima, los impulsos los controlan con dificultad, la autoestima oscila de forma importante y la regulan mediante sentimientos de culpa. Por tanto la intervención está destinada a proveer significados no interpretativos de contención frente a las vivencias que el paciente no puede tolerar, y de sostenimiento del dolor psíquico como un yo auxiliar del paciente.

Terapia psicoanalítica y esquizofrenia

La terapia psicoanalítica dice que “las voces” son aspectos de experiencia emocional que no se pueden aceptar o experimentar (Fowler & Calenza, 2008). En terapia el terapeuta decide conectar el sentimiento expresado por la alucinación en contraposición con el sentimiento

expresado por el paciente. Este vínculo entre la palabra presentada y la cosa presentada es una técnica psicoanalítica es decir, la distinción entre proceso primario y el secundario de ideación (Fowler & Calenza, 2008).

El que el paciente conecte palabras a la experiencia afectiva de ideación ayuda a modular el afecto trayendo la rudimentaria y abrumadora experiencia bajo la influencia correctiva de un segundo proceso de razonamiento (Fowler & Calenza, 2008).

Teoría cognitiva-conductual y la esquizofrenia

Según Beck y colegas (2009) la teoría cognitiva propone que existe un proceso cognitivo que es la pérdida de las asociaciones que juegan un papel mediador entre la neuropatología y los síntomas y signos característicos de la esquizofrenia (i.e., schizo=partido; phrene= mente). Así los pacientes son animados a poner distancia de las “voces” y a cuestionar de igual forma de manera conductual. Específicamente la persona se llega a dar cuenta que sí tiene control sobre la voz.

Terapia Cognitiva-Conductual y esquizofrenia

La terapia cognitiva hace una intervención de las cuatro categorías de síntomas que comprometen la esquizofrenia: ideas delirantes, alucinaciones, síntomas negativos y desorganización del pensamiento. Para comenzar la terapia define el modelo que podría resultar mejor, las metas a largo plazo en temas como las relaciones, trabajo, escuela y vida independiente (Beck et al., 2009) Cuando las ilusiones o alucinaciones interfieren con las metas, la terapia cognitiva las trata directamente, usando técnicas para reducir el estrés, adaptando una fórmula personalizada al paciente basada en una conceptualización donde la sintomatología, historia clínica y función neurocognitiva son tomadas en cuenta (Beck et al., 2009).

Las técnicas son calculadas para cuestionar la evidencia que apoya y prueba otras explicaciones alternas. Al final del tratamiento se llega a los esquemas no delirantes que hacen a los pacientes vulnerables a la recaída (Beck et al., 2009). La terapia cognitiva a través de activar networks alternos y estructuras del cerebro ayudan a los pacientes a tomar ventaja de su reserva cognitiva y así reducir la sintomatología y otros factores, facilitándole el logro de metas que le permitan al paciente mejorar la calidad de vida (Beck et al., 2009).

Teoría interpersonal y la esquizofrenia

Según Sawicka, Osuchowska, Waniek, Kosznik y Meder (2009) una forma de abordar el tema es bajo la teoría del apego de Bowlby, quien dice que cada persona está condicionada biológica y genéticamente a buscar crear fuertes lazos emocionales con otros. La conexión lograda entre madre e hijo, es el fondo donde se desarrollan las relaciones emocionales con otros, si esta relación no se creó o fue cortada, varias probabilidades pueden ocurrir, como la de desarrollar desórdenes emocionales en la adultez.

Sawicka y colegas (2009) encontraron que a pesar de ello, la necesidad de formar lazos es mucho más importante. Si el proceso de apego es óptimo el *self* se integra y se lo observa como merecedor de amor, importante, aceptado, el mundo mismo es visto como lleno de gente amigable que están interesados en las necesidades del otro. Sawicka y colegas (2009) encontraron que por el contrario, cuando en las experiencias tempranas faltan las personas importantes, quienes hubieran brindado los cuidados y ayuda requeridos, surge la creencia de que las personas no son merecedoras de confianza y que son poco predecibles.

De la misma manera Sawicka y colegas (2009) encontraron en su investigación que una auto evaluación negativa nace acerca de la auto importancia de la persona y el sentimiento de no ser merecedora de amor, la terapia se enfoca en que el terapeuta construya

un lazo seguro con su paciente donde haya una conducta dirigida, una muestra de la situación de vida del paciente y todas las posibilidades sin amenazas, con lazos terapéuticos estrechos.

Terapia Interpersonal y esquizofrenia

La terapia de mejoramiento cognitivo. CET por sus siglas en inglés está enfocada a la larga población de pacientes estables que sufren de esquizofrenia y que poseen una inteligencia promedio. CET se enfoca en entrenar la atención, memoria y resolución de problemas en un total de 45 horas en la que se practica dentro de un grupo pequeño (Hogarty & Weiland, 2005). La base de la rehabilitación social cognitiva sucede dentro de este grupo, en él se intenta cablear una socialización secundaria para lograr hitos cognitivos, porque parece ser que lograr metas depende del cambio social e inteligencia emocional, para lo cual aborda temas sociales de forma espontánea (Hogarty & Weiland, 2005).

CET se enfoca en entrenar la atención, la memoria y resolución de problemas, las estrategias están dirigidas a la tarea de formar relaciones y recibir el apoyo de los otros dentro del grupo (Hogarty & Weiland, 2005). Esta terapia de apoyo demuestra según los estudios ser la más actual en el campo de la neurocognición, velocidad de proceso, cognición social y ajuste social (Hogarty & Weiland, 2005). Dentro de las estrategias están como iniciar una conversación, elegir el ambiente, evaluar el ambiente y el contexto social, el comportamiento esperado, respiración diafragmática, evaluar claves no verbales entre otros (Hogarty & Weiland, 2005).

Teorías sistémicas y la esquizofrenia

Según esta teoría para construir una base madura, el niño necesita ser percibido como individuo independiente, dotado de necesidades propias diferentes a la de sus padres (Linares, 2006, p. 166). La falta de reconocimiento o desconfirmación, lleva a la falta de nutrición de las relaciones en el terreno cognitivo que puede comportar serios *hándicaps* en la

construcción de la personalidad, lo mismo ocurre con la descalificación que es un fracaso de la valoración de las cualidades personales por parte de las figuras de importancia del entorno relacional. Una personalidad madura no puede construirse sin los aportes de la nutrición relacional que son el cariño y la ternura (Linares, 2006, p. 166).

Según el punto de vista relacional de esta teoría los trastornos psicóticos pueden ser entendidos como un resultado de la desconfirmación, fenómeno comunicacional que trata de la negación subjetiva de la propia existencia por parte de figuras relevantes de las que se depende, aunque puede darse en situaciones de triangulación, también puede darse en las de deprivación y caotización (Linares, 2006, p. 166).

La terapia humanista y la esquizofrenia

La corriente humanista ve a la persona provista de una tendencia a desarrollar su potencial, de la misma forma es vista como recursiva con la capacidad o el potencial de aprovechar sus experiencias internas y recursos externos de una forma tal, que el aprendizaje termina siendo productivo, de crecimiento y comportamiento efectivo (Cain, 2008). En la corriente humanista hay un optimismo implícito dado que su visión de la persona tiene que ver con la capacidad para construir el cambio (Cain, 2008). Por otro lado, la terapia humanista no niega los extremos de la psicopatología que existe en la gente o su lado oscuro y destructivo. Los humanistas están inclinados a mantener la creencia que sus clientes pueden ser capacitados a identificar y desarrollar sus recursos a ser resilientes y crecer no importa cuan adversas sean las circunstancias (Cain, 2008).

Una de los mayores aproximaciones a la Psicoterapia humanista es la terapia centrada en el cliente, y está construida por lo que Rogers llamó “el empuje a la salud” (Cain, 2008). Algunos de los elementos básicos fueron identificados como las cualidades del terapeuta como empatía, atención incondicional positiva y autenticidad (Cain, 2008). La hipótesis de

Rogers es que la terapia efectiva consiste en una relación permisiva que le permite al cliente ganar entendimiento de él mismo a tal grado que tome sus propios pasos a la luz de una nueva orientación. Los términos no directivo y cliente fueron presentados para señalar que la dirección y el locus de control de la terapia están centrados en la persona que busca ayuda (Cain, 2008). Esta fue la aproximación mas controversial e influyente. La actitud del terapeuta con respecto al auto crecimiento, resulta en que el terapeuta desarrolle una relación dramáticamente diferente con el cliente una de una disciplinada restricción ejercitando la no-intrusión (Cain, 2008).

Pearls y su esposa Laura Posner Pearls fueron los fundadores de otra de las aproximaciones a la terapia humanista, la terapia Gestalt (Cain, 2008). Esta perspectiva da importancia al “darse cuenta”, de tener una congruencia entre lo que expresa el cuerpo, las emociones, los pensamientos y los actos (una “Gestalt” o un todo completo) como también al contacto entre el *self* y su medio, y al apoyo en la relación terapéutica (Cain, 2008). Por otra parte Pearls dijo que la tendencia natural de las personas es a ver el todo y no las partes y que el todo no es igual a la suma de sus partes (Cain, 2008). Para entender el comportamiento de la realidad del individuo, se debe entender las percepciones subjetivas de la realidad del individuo. Los experimentos más conocidos de la Gestalt son la técnica de la silla vacía y de las dos sillas la cual es usada para resolver conflictos entre dos diferentes aspectos del *self* (Cain, 2008).

Las terapias experienciales son aproximaciones a la terapia humanista que ponen énfasis en el procesamiento de la emoción y en los estados del cuerpo, dentro de estas está el de proceso de *focusing* desarrollado por Eugene Gendlin (citado en Cain, 2008), quien animó a sus clientes a atender lo que sienten en sus cuerpos con respecto a sus problemas, creyendo que los problemas en el cuerpo pueden ser físicamente sentidos en alguna forma (Cain, 2008). De esta manera atendiendo a esta sensación sentida en el cuerpo del problema, dentro

de una relación de apoyo y guía por parte del terapeuta, la experiencia del cliente y su significado personal se abren y se vuelve a la luz (Cain, 2008). Cuando se alcanza la claridad, la respuesta corporal del cliente será de alivio o liberación, lo cual confirmará lo acertado del entendimiento del problema, es decir lo cognitivo y afectivo se juntan y se integran en forma holística (Cain, 2008).

Laura N. Reece (citado en Caín, 2008) hizo un aporte al desarrollo del método y creyó que los clientes tienen sus experiencias problemáticas que nunca fueron resueltas adecuadamente. Reece, cree que los targets en la terapia son un set de esquemas importantes y recurrentes con los que el cliente reacciona de manera insatisfactoria (Cain, 2008). Si el cliente se da cuenta de los elementos y esquemas en forma precisa y equilibrada, el efecto forzará la reorganización de todos los esquemas importantes (Cain, 2008).

Dentro de las terapias experienciales se encuentra la de proceso-experiencial desarrolladas por Leslie Greenberg, Robert Elliot y colegas (citado en Cain, 2008), los mismos que mezclaron elementos de la terapia humanista con la Gestalt, existencialismo y los métodos de Reece y Gendlin, la cual se trata de una terapia relacional y orientada a una tarea (Cain, 2008). El cliente trabaja en una tarea terapéutica con un terapeuta directivo en el proceso, sin embargo la relación con el cliente y el cliente mismo, toman precedencia sobre la tarea propuesta, métodos y metas (Cain, 2008). El énfasis está en procesar la emoción y la reconstrucción de los esquemas de la emoción (Cain, 2008).

En cuanto a la aplicación de terapias humanistas para casos de esquizofrenia, El proyecto Wisconsin es considerado el pionero en este esfuerzo (Cain, 2001) Los procesos psicóticos presentan retos importantes para las diferentes terapias y orientaciones puesto que algunos de los clientes que atraviesan tales procesos podrían no responder bien a la psicoterapia estándar y posiblemente se beneficiarían más de otros paquetes que ofrezcan ser flexibles, creativos y multidisciplinarios (Traynor, Wendy, Elliot, Robert, Cooper & Mick,

2011). En las terapias centradas en el cliente (PCT) la psicosis fue reconocida por Rogers, Gendlin, Kiesler y Truax (1967) como un reto importante por lo que se comprometieron con el proyecto de Esquizofrenia Wisconsin, considerado en un inicio decepcionante, pero que hoy por hoy se está convirtiendo en significativo, puesto que demuestra algún nivel de resultados positivos en este grupo de clientes, especialmente en aquellos que se encuentran “más en contacto” (Traynor et al., 2011).

Este proyecto es una investigación para ver si ciertas condiciones actitudinales existentes en el terapeuta o en la relación terapéutica pueden predecir los cambios significativos en el cliente (Cain, 2001). Varias versiones existen en relación a la importancia de condiciones específicas en la terapia (Traynor et al., 2011). Se considera que la atención incondicional positiva (AIP) es el factor principal en el trabajo con clientes que se encuentran en ambientes psiquiátricos (Traynor et al., 2011). Estos clientes tienden a tener un nivel hueco de su experiencia y se enfocan en lo externo como medida de evaluación. Se ha visto que la falta de AIP puede ser el principal obstáculo en el contacto con el cliente y por otro lado para el terapeuta, su falta, puede provocar un limitado entendimiento del marco interno del cliente con ausencia de entendimiento empático (Traynor et al., 2011). Los hallazgos del Wisconsin Project señalan también la naturaleza crítica del AIP con clientes diagnosticados con esquizofrenia para quienes la relación real parece ser crucial (Traynor et al., 2011).

Traynor y colegas (2011) encontraron que la autenticidad es la condición más importante en el tratamiento de la esquizofrenia porque cuando hay personas con procesos psicóticos estas se encuentran por definición parcialmente divorciadas con la realidad externa, por lo tanto una relación humana consistente donde el terapeuta “le da al cliente su visión clara de cómo ve la realidad externa, es de capital importancia”, además es importante ser sensibles en el uso de la congruencia en procesos disociativos y frágiles (Traynor et al., 2011).

En la hipótesis de si el comportamiento del terapeuta (atención incondicional positiva, empatía y autenticidad) son necesarias para el cambio, se encontró que aquellos clientes expuestos a niveles altos, eran capaces de experimentar niveles experienciales óptimos en la terapia (Cain, 2001). El estudio Wisconsing encontró que AIP y autenticidad parecen ser los elementos más efectivos para clientes con esquizofrenia. El grupo en terapia parece tener un mejor porcentaje en altas de hospitales y muestran cambios positivos en la personalidad, es decir menos vulnerabilidad y más capacidad de manejo de ellos mismos y su ambiente (Traynor et al., 2011).

La importancia de la empatía también fue tomada en cuenta en el estudio, el terapeuta que maneja un cliente con esquizofrenia practica la empatía en la mejor forma posible, entiende el mundo del cliente como es en ese momento y de los significados que tiene para él, sea esta la más extraña alucinación, un momento de control racional del *self* o una caótica desorganización (Traynor et al., 2011). La empatía y la relación profunda en procesos difíciles son de importancia, así como las reacciones de miedo que puedan desarmar al terapeuta; son obstáculos para estar en contacto con la experiencia emocional del cliente (Traynor et al., 2011).

De acuerdo a Rogers (Traynor et al., 2011) el estudio muestra una reducción total de la psicopatología en los dos casos PCT y grupos usuales, así PCT no demostró ninguna ventaja particular en reducir la psicopatología o en mejorar la habilidad para manejar relaciones interpersonales. El estudio también encontró que clientes menos disfuncionales experimentaron más ayuda de la PCT (Traynor et al., 2011). Rogers indicó que sus resultados señalan que los “psicóticos graves” no eran capaces de percibir el entendimiento, el afecto y la autenticidad en el mismo nivel que los psicóticos mas en contacto. Sin embargo en tanto la terapia seguía progresando, Rogers notó que los pacientes eran más capaces de percibir un nivel más alto de las condiciones terapéuticas (Traynor et al., 2011).

La *Emotional Focusing Therapy* (EFT) como terapia a ser usada en el caso de clientes con esquizofrenia puede ser valiosa porque es acertada en tanto le permite al cliente ganar entendimiento sobre sí mismo en un ambiente seguro donde la narrativa de alucinaciones sea normalizada; al mismo tiempo el rol del terapeuta y compromiso de guiar sin juzgar es esencial en este caso. La EFT procesa la emoción de las sensaciones sentidas en el cuerpo a través del proceso de *focusing* lo que permite a los clientes con esquizofrenia tomar contacto con la realidad del aquí y del ahora fácilmente, y también las sensaciones sentidas les permite obtener memorias y asociaciones importantes para el proceso terapéutico.

Las técnicas utilizadas por la EFT, permiten al cliente con esquizofrenia tomar contacto con la realidad y la fantasía con su pasado y su presente. Greenberg, Safran y Rice (citado en Kellog, 2004) describieron las terapias vivenciales como facilitantes: el objetivo es ayudar al paciente aumentar su conciencia para que lo que no estuviese resuelto o lo que fuera necesario transformar o curar, quede resuelto (Kellog, 2004). A través de los ejercicios los clientes se ponen en contacto directo con sus emociones, las intensifican, tal es el caso de la silla vacía. Para comprender el trabajo con las sillas hay que tomar en cuenta tres dimensiones que surgen: la externa, la interna y la correctiva (Kellog, 2004).

Los diálogos externos consisten en lo que Greenberg llama “*unfinished business*”, y a lo que se refiere es, a eventos ocurridos en el pasado con parejas o gente importante en las vidas de los clientes y que no se han resuelto (citado en Kellog, 2004). En el caso de pacientes con esquizofrenia este ejercicio les permite ponerse en contacto con las figuras importantes en sus vidas que en su niñez los desconfirmaron o descalificaron. Por otro lado las experiencias traumáticas les lleva a tomar decisiones que sirven de núcleo o esquemas de funcionamiento repetitivo errático (Kellog, 2004). El objetivo es que el cliente repudie la decisión desadaptativa y anuncie por su propia voluntad que adoptará una nueva, incluso desafiando las figuras de autoridad (Kellog, 2004).

Por otro lado los clientes pueden aferrarse a situaciones o relaciones que ya han terminado, así llevan consigo una carga de resentimientos frustraciones, dolores, culpas que son inversiones emocionales que pueden mantenerlos atados al pasado (Kellog, 2004). Los clientes también pueden necesitar abandonar personas que no conocen como figuras fantásticas, las personas con esquizofrenia pueden también dudar de personas que aparecieron en ciertos momentos en sus vidas, y de si esa relación fue real o no, productiva o no para ellas.

Los diálogos internos hablan de cuando los clientes experimentan conflictos entre partes distintas de sí mismos, cuando batallan contra sí mismos. Greenberg (citado en Kellog, 2004) ha desarrollado una terapia que trata del conflicto interno que les llama “rupturas” que involucran asuntos de deseo y de crítica, sólo de deseo o de miedo y crítica. El crítico y el criticado encarnan las dos sillas (Kellog, 2004). Las voces que experimentan las personas con esquizofrenia son severamente críticas, advierten al cliente, o los hacen sentir inadecuados. Por otro lado ellos, sienten que la voz tiene el control sobre sus vidas, y que la “voz” sabe mejor lo que les conviene. Cuando el cliente logra negociar con la “voz”, logra un balance, poniendo las dos partes en un mejor acuerdo o descartándolas por no sumar algo positivo a sus vidas.

Otro tipo de conflicto es el que Greenberg (citado en Kellog 2004) llama “ruptura autointerruptora) en donde hay una parte que quiere expresar y otra que no le permite. En el caso de las personas con esquizofrenia estas encuentran en sí mismas a la parte que quiere iniciar y persistir una meta y la otra que no halla suficiente motivación para hacerlo, otro ejemplo puede ser cuando una parte de ellos quiere llevar una vida normal y disfrutar de amigos y familia, y otra parte que les niega el derecho hacerlo. Hay partes que les dicen que son capaces de lograr algo y otras que le dicen que no vale la pena intentarlo.

El uso de la silla vacía es una intervención potente, efectiva y creativa para el cambio y la transformación psicológica (Kellog, 2004) a su vez facilitan a la persona con esquizofrenia el ponerse en contacto con sus emociones, realidad o fantasía, críticos internos y la “voz”, facilitándole ganar entendimiento de sí mismo en un ambiente seguro.

La EFT favorece la directividad en el proceso, pero respeta y considera la disposición del cliente en cuanto a participar en técnicas aplicadas en terapia. Para un paciente que padece de esquizofrenia esta es una buena fórmula puesto que se dan atrasos, recaídas y un efecto de circularidad en los temas tratados en terapia.

Introducción de la EFT como terapia humanista

Según la EFT, las disfunciones no son derivadas de un sólo mecanismo, sino mas bien se las considera que nacen de varias posibilidades como la falta de conciencia o evitación de estados internos, fracaso en regular las emociones, respuestas desadaptativas basadas en un aprendizaje traumático o déficits del desarrollo, protección de la auto estima contra heridas, conflicto interno y bloqueo del significado (Greenberg, 2011). La EFT incluye además otras teorías de disfunciones como la de incongruencia de Rogers, la de procesos bloqueados de Gendlin, la de nociones de la experiencia de Gestalt, teorías existenciales de la pérdida del sentido, aprendizaje traumático junto con la visión dinámica de déficits del desarrollo con una re interpretación en términos constructivos (Greenberg, 2011). Según la EFT hay cuatro principales tipos de dificultades en procesar la emoción: falta de conciencia de las emociones, desregulación de las emociones, problemas en la construcción narrativa y el significado existencial (Greenberg, 2011).

La primera fuente de disfunción es la falta de conciencia que es la incapacidad de simbolizar y dar conciencia a las experiencias sentidas (Greenberg, 2011). La no aceptación de la emoción, negación, evitación, priva a las personas de información para adaptarse

(Greenberg, 2011). Según la EFT, la disfunción aparece del rechazo de recursos y necesidades saludables de crecimiento, por la supresión de aspectos inaceptables de la experiencia y la evitación de emociones dolorosas (Greenberg, 2011). La EFT supone que la disfunción resulta de la evitación o la negación de la experiencia primaria y la incapacidad de integrar ciertas experiencias en la organización del *self* presentes en aquello que el *self* no puede aceptar. Este contenido no es reprimido sino más bien es un fracaso en experimentarlo como perteneciente al *self*, es decir la experiencia es negada o rechazada (Greenberg, 2011).

El DSM-IV-R (2005) menciona que en el caso de la esquizofrenia la fluidez y producción del pensamiento es poca, el aplanamiento afectivo habla de la evitación de las experiencias primarias y del mínimo contacto que puede llevar al cliente a la falta de acción. Si las emociones *per se* no son integradas a la vivencia, las experiencias de esas emociones pueden no ser integradas al *self* causando probablemente una separación que es negada o rechazada, originando ideas delirantes y alucinaciones propias de la esquizofrenia.

La segunda disfunción está relacionada con los esquemas desadaptativos de la emoción que se desarrollan tanto por causas biológicas como aquellas aprendidas en situaciones interpersonales (Greenberg, 2011). En el abuso infantil la incapacidad de ser protegido y calmado por el cuidador resulta en insoportables estados de ansiedad y soledad, posiblemente la persona experimentará el miedo patológico, la vergüenza y la ira (Greenberg, 2011). La sensación de vacío del *self* identificado como “malo” “no apto de ser amado”, “sin valor”, “débil” se forman; la persona experimenta desesperación secundaria, impotencia, desesperanza y a veces una sensación de fragmentación, junto con la incapacidad de regular su propio afecto (Greenberg, 2011).

Según la teoría de apego de Bowlby (Sawicka et al., 2009) los desórdenes emocionales en la adultez, son causados por las conexiones no logradas entre madre e hijo en edad temprana, si el proceso de apego es bueno, el *self* se integra, de lo contrario si faltan las

personas importantes surge la idea de que no puede confiar en las personas y que estas son poco predecibles (Sawicka et al. 2009). La soledad y el miedo pueden ser el origen de los estados insoportables de ansiedad y la sensación de vacío del ser de inadecuación en el caso de pacientes con esquizofrenia.

El *self* por tanto se organiza alrededor de la experiencia emocional para formar esquemas de emoción desadaptativas que funcionan para manejar sentimientos difíciles (Greenberg, 2011). A lo largo del tiempo la persona manejará con estos mismos esquemas los retos de la adolescencia, cambios de escuela, cambio de casa, rechazo, pérdidas o traumas. El presente está gobernado por reglas del pasado y el pasado se impone al presente, esto es lo desadaptativo o lo que contribuye a la disfunción (Greenberg, 2011). Además de tener la tendencia a emplear formas específicas de enfrentamiento que fallan repetidamente, las personas con esquizofrenia parecen tener un rango limitado de posibles maneras de responder bajo estrés estas opciones son: reaccionar o evitar (Lysaker et al., 2010).

La tercera disfunción se refiere a la incapacidad de regular la emoción es decir una forma de disfunción de los seres humanos es tener mucha o poca emoción, como por ejemplo, el sentirse abrumado por el dolor y la fuerza de una emoción dolorosa o también volverse amortiguado o distante (Greenberg, 2011). Además muchos síntomas como la depresión, ansiedad, abuso de sustancias y anorexia son intentos disfuncionales de los pacientes de regular los estados subyacentes emocionales (Greenberg, 2011). Parte de la inteligencia emocional es la capacidad de regularse emocionalmente es decir ser guiado por las emociones y no obligado por ellas (Greenberg, 2011).

Una buena alianza terapéutica y la provisión de un ambiente seguro dentro de la terapia hacen que el cliente con esquizofrenia tenga un lugar donde su *self* sea valorado y escuchado, lo que permite regular sus emociones las mismas que son bienvenidas en terapia para aprender a tolerarlas o tomar distancia. El cliente con esquizofrenia aprende a describir

sus experiencias como si estuviera fuera de la experiencia, se desprende del significado y de esta manera ya no son abrumados por el dolor de ciertas emociones como la tristeza, ira, vergüenza, se transforman en observadores y no en víctimas. El reconocer y nombrar sus emociones les permite a los clientes ser guiados por ellas (Greenberg, 2011).

La cuarta disfunción se deriva de cómo las personas hacen sentido de su experiencia y su relato da cuenta del *self*, de otros y del mundo. Según la EFT el significado que no tiene sus bases en experiencias corporales es vacío de significado (Greenberg, 2011). La capacidad de construir relatos entender e integrar las más importantes historias de vida a un desarrollo adaptativo de la identidad y el establecimiento de un *self* diferenciado, coherente son saludables para la persona (Greenberg, 2011). Si los relatos son de trauma este se perpetúa, surge la incoherencia en los relatos lo que es signo de naturaleza caótica de la organización del *self*, donde a la persona le es difícil construir un sentido estable del *self* (Greenberg, 2011). Si las experiencias son extremadamente incongruentes con el auto concepto, el sistema de defensa no puede reaccionar y deja que las experiencias inunden el auto concepto, cuando esto sucede el auto concepto se rompe, resultando en la desorganización del comportamiento. Cuando la desorganización es considerable, es lo que convencionalmente se clasifica como psicosis (Traynor et al., 2011).

Los relatos problemáticos de violación o pérdida, por ejemplo pueden ser alterados por la creación de un nuevo significado en donde las personas encuentran un propósito o reconstruyen su entendimiento de su rol o de las intenciones de los otros en eventos que ocurrieron en el pasado (Greenberg, 2011). Hacer un significado de la vida personal es un aspecto clave de una vida saludable, y el significado provee una manera de afrontamiento de los temas existenciales de la muerte, pérdida, libertad y soledad (Greenberg, 2011).

El cliente abusado, humillado o ignorado, quiere encontrar el significado de aquello que aconteció en su vida, en terapia se trae al niño abusado y al cliente en una versión adulta

y protectora de sí mismo junto con el abusador (Kellog, 2004). En el confrontamiento al abusador no se le permite pedir disculpas ni portarse en forma distinta, de esta forma el cliente declara como vivirá su vida, desafiando el abuso “desde ahora en adelante encontraré gente confiable y confiaré en ellos” “puedo reír y brincar sin sentimiento de culpa, porque el que me divirtiera no fue la causa que tu me violaras” (Kellog, 2004). De esta manera un nuevo significado es creado para los pacientes con esquizofrenia, cuando encuentran un entendimiento de su actuación, y de las acciones de los otros en sus vidas, entienden lo que ocurrió y las posibles causas, liberándolos de la responsabilidad de las decisiones tomadas por los demás.

Según la EFT la emoción identifica lo que es saludable para el bienestar y prepara a las personas a tomar una acción adaptativa (Greenberg, 2011). La emoción también coordina la experiencia, provee de dirección, y nos dice lo que necesitamos hacer y quienes somos (Greenberg, 2011). El proceso básico para el cliente es por tanto desarrollar conciencia de la emoción y discriminar que respuestas emocionales son saludables y pueden ser usadas como guía y cuales son desadaptativas y necesitan un cambio (Greenberg, 2011).

En el caso del cliente con esquizofrenia el trabajo en psicoterapia puede ayudarle a fortalecer, transformar y crear voces que le permitan participar en diálogos internos que curen, así las voces más adaptativas tengan más peso que las disfuncionales o basadas en traumas (Kellog, 2004).

Eficacia comparada de la EFT con otros tratamientos

La terapia psicoanalítica indica que las voces que experimentan los clientes con esquizofrenia son experiencias emocionales que no se pueden aceptar o experimentar (Fowler & Calenza, 2008). El terapeuta entonces conecta la voz de la alucinación con la propia voz del cliente, la intención es que el cliente formule palabras afectivas a la ideación e integre “la

voz” como parte de sí, al tiempo de que puede corregir su relación a través del razonamiento (Fowler & Calenza, 2008). La EFT dice que cuando las personas saben lo que sienten, ellas se reconectan a sus necesidades y tienen la motivación para satisfacerlas, por otra parte afirma que la emoción no es pensar en lo que se siente, sino conlleva sentir el sentimiento porque aquello que es rechazado o separado no puede cambiar (Greenberg, 2011).

La terapia cognitiva hace una intervención de las categorías que componen la esquizofrenia como ilusiones, alucinaciones, síntomas negativos y desorganización del pensamiento (Beck et al., 2009). La EFT se basa primero en la provisión de una relación terapéutica y la facilitación del trabajo terapéutico, en donde la relación viene primero. La intervención se define por un estilo en donde el terapeuta sigue y guía, y entra al marco interno de referencia del cliente, las alucinaciones, síntomas negativos y desorganización se las considera que nacen de la falta de conciencia o evitación de estados internos, incapacidad de regular las emociones, aplicación de respuestas desadaptadas entre otras (Greenberg, 2011).

La terapia interpersonal se basa en la rehabilitación social cognitiva la cual intenta tender una red de socialización secundaria para lograr hitos cognitivos, porque cree que lograr metas depende del cambio social e inteligencia emocional (Hogarty & Weiland, 2005). La EFT en un principio se basó en un estudio de personas moderadamente estresadas con problemas interpersonales (Greenberg, 2011), mas tarde creyó preciso un constructo, la necesidad de ser visto positivamente por otros da lugar a las “condiciones de valía” que tienen influencia en el auto concepto de las personas para convertirse en lo que “deberían ser” a los ojos de los demás (Greenberg, 2011). La relación terapéutica provee de un antídoto a las condiciones introyectadas de valía, cuando en terapia los clientes pueden ser vistos como empáticos y genuinos con una aceptación incondicional (Greenberg, 2011).

Kurtz y Mueser (2008) encontraron que una pobre función psicosocial es una de las características que le define a la esquizofrenia, la ausencia de habilidades sociales en los campos ocupacional, social, recreacional están relacionados con un ajuste pobre en clientes con esquizofrenia. Los impedimentos en habilidades sociales a menudo anticipan el comienzo de la esquizofrenia (Kurtz & Mueser, 2008). Las personas con esquizofrenia pueden depender de un referente externo para la formación de su auto concepto por lo que la necesidad de aprobación guía sus acciones. El conocer sus emociones y valorarlas hace que respondan a lo que están sintiendo, siendo mucho más asertivos al momento de relacionarse.

En estudios recientes en donde se utilizó la Escala Experiencial, los porcentajes de las terapias reflejan con consistencia y confiabilidad que el nivel experiencial aporta una significativa diferenciación entre casos más exitosos y menos exitosos también en casos de pacientes neuróticos y esquizofrénicos (Cain, 2001). Se ha encontrado que la EFT se correlaciona con resultados exitosos para reos, pacientes con psicosis, ancianos y aquellos que tienen problemas de salud (Cain, 2001).

Hay una extensa investigación sobre la efectividad de EFT y sus varios componentes. EFT ha sido demostrada ser efectiva con individuos y parejas en varias pruebas clínicas. Tres estudios confirmaron que la manera de tratar la depresión con un proceso experiencial es altamente efectiva. EFT ha sido tan efectiva como los tratamientos centrados en el cliente y la cognitiva conductual. EFT también ha sido probada en reducir problemas interpersonales y promover cambios en los síntomas tanto como en los tratamientos centrados en el cliente, además que es altamente efectiva en prevenir las recaídas en un 77% (Greenberg, 2011).

EFT aplicada a los traumas procesa memorias traumáticas en sobrevivientes de abuso infantil y se ha encontrado ser altamente efectiva en el tratamiento, por otro lado EFT aplicada a parejas muestra que les ayuda a expresar emociones de apego subyacentes produciendo un alto nivel de satisfacción (Greenberg, 2011).

Importancia del trabajo con emociones

La emoción es un fenómeno del cerebro que es diferente al pensamiento, tiene su base neuroquímica, fisiológica y su lenguaje único con el cual el cerebro se expresa (Greenberg, 2011). El sistema límbico (en los mamíferos) que forma parte del cerebro es responsable por las respuestas básicas emocionales, de igual manera gobierna muchos de los procesos fisiológicos del cuerpo por tanto tiene influencia en la salud, el sistema inmune y varios órganos importantes (Greenberg, 2011).

Se ha identificado dos caminos para producir la emoción: uno corto y rápido que es el camino de la amígdala que manda señales urgentes al cerebro y el cuerpo, y por otro lado el largo, más lento que es el camino del neocortex que produce la emoción a través del pensamiento (Greenberg, 2011). El cortex sumado a la emoción adaptativa del cerebro forman una nueva respuesta emocional (Greenberg, 2011). Por tanto sentir una emoción permite la formación de networks emocionales o esquemas, porque sentir conscientemente algo involucra altos niveles de proceso del cerebro como también la síntesis de la emoción, cognición, motivación y acción (Caín, 2001).

En la EFT la emoción es vista como fundamentalmente adaptativa y como proveedora de un modelo básico de procesar la información de manera rápida y automática. Involucra evaluar las situaciones relevantes que contribuyen al bienestar como también las acciones que llevan a la satisfacción de las necesidades (Greenberg, 2011).

Emotion Focused Therapy

En la EFT la emoción es vista como fundamentalmente adaptativa y como proveedora de un modelo básico de procesar la información de manera rápida y automática. Involucra evaluar las situaciones relevantes que contribuyen el bienestar como también las acciones que llevan a la satisfacción de las necesidades (Greenberg, 2011). Las emociones involucran un

sistema de significados que le informan a las personas de la importancia de los eventos y su repercusión en su bienestar (Caín, 2001).

Tipos de emociones

Para el propósito de una intervención, existen cuatro amplias categorías y es especialmente importante y crucial hacer una distinción entre los diferentes tipos de experiencia emocional y expresión estas son: emociones primarias adaptativas, primarias mal adaptativas, respuestas emocionales secundarias y respuestas emocionales instrumentales (Greenberg, 2011).

Existen tres clases de emociones adaptativas primarias, las primeras son emociones discretas como los sentimientos de tristeza por pérdida, ira por violación y miedo por peligro. Todas ellas tienen expresiones faciales universales y una tendencia a la acción que emergen en respuesta a ciertas claves (Cain, 2001). La segunda clase de emociones dentro de las primarias adaptativas son sensaciones sentidas en el cuerpo, son más complejas porque son integraciones de sentimientos, percepción y cognición. De esta manera las personas no estarán seguras si lo que sienten es tristeza por una pérdida o ira por una transgresión. Esta sensación sentida está cargada de un complejo significado (Cain, 2001).

La tercera clase se refiere al dolor emocional, lo cual es un sistema holístico que provee información acerca de un trauma ocurrido a todo el *self*, en consecuencia la persona se sentirá confundida y destruida. Estos sentimientos tienen que ser examinados para ser reexperimentados, reprocesados y resueltos en terapia (Cain, 2001).

Las emociones primarias adaptativas se trabajan diferente en terapia, a estas emociones son evocadas para recabar la información de la tendencia de la acción, son emociones centrales con respuestas irreductibles que tienen que ser simbolizadas o

expresadas. La sensación sentida por el contrario ayuda a crear la sensación corporal que deja que los nuevos significados emerjan (Cain, 2001).

Las emociones primarias mal adaptativas son respuestas que se han transformado en disfuncionales, como el miedo que se experimenta en las fobias o la humillación por sentirse sin valor (Cain, 2001). Estas normalmente son aprendidas y se basan en esquemas emocionales que surgen de la niñez cuando han sufrido maltrato, negligencia, abuso e invalidación. En principio estas emociones fueron adaptativas como una medida de protección, como aprender a sentir miedo de alguien que abusó una vez, o que le avergonzó, pero luego cada vez que alguien se le acerque demostrando amor o intimidad reaccionará con ira y rechazo (Greenberg, 2011). En terapia se acceden a los esquemas para re estructurarlos con nuevas experiencias emocionales (Cain, 2001).

Las respuestas emocionales secundarias son emociones que siguen a las primarias, son “reacciones de la reacción”, enmascara y transforma la original y lleva a la persona a acciones que no son apropiadas para la presente situación (Greenberg, 2011). Las personas pueden expresar ira, después de haber sido heridas, o pueden llorar de iras, culpabilizarse por su auto crítica. En esta categoría los sentimientos malos como falta de esperanza, debilidad, depresión y ansiedad que las personas sienten son a menudo secundarios (Cain, 2001). Las emociones que no son simbolizadas o traídas a la conciencia se convierten rápidamente en otras emociones. En terapia es importante hacer la distinción entre primarias adaptativas y secundarias para rodear las emociones secundarias y acceder a las primarias directamente o desempacar la primera experiencia (Cain, 2001).

Las respuestas emocionales instrumentales son comportamientos aprendidos para influenciar o manipular a otros (Cain, 2001). Se puede expresar ira para dominar, o llorar para despertar simpatía. Estas emociones no llevarán a la exploración, intensificación y diferenciación ni traerán emociones primarias (Cain, 2001). La persona puede responder

deliberadamente o por hábito, automáticamente o sin tener conciencia. Estas emociones son referidas como manipulativas (Greenberg, 2011).

Esquemas emocionales

Los esquemas emocionales son la base de el sistema emocional adulto de respuesta (Greenberg, 2011). Son estructuras de memoria que sintetizan lo afectivo, motivacional, cognitivo y elementos de comportamiento que se activan rápidamente sin conciencia a través de una clave. Estas claves se corresponden con las características de un esquema y producen una experiencia y una acción (Greenberg, 2011). Las experiencias de vida importantes se codifican en un esquema de memoria, el esquema de la emoción representa la situación que es una construcción con un efecto emocional en el individuo siendo este un guión sin palabras o imaginario de forma narrativa (Greenberg, 2011).

Los esquemas representan un desdoblamiento de una experiencia desde una clave inicial (como un roce de la piel) a una secuencia de momentos de la experiencia, con principio, medio y fin (Greenberg, 2011). Las personas no sólo huyen de depredadores y sienten ira ante la violación de sus límites, también sienten miedo de la crítica y se ponen furiosas cuando sienten que su auto estima es atacada. Lo importante es que el modo básico que es puesto en movimiento por la activación de un esquema ocurre sin conciencia (Greenberg, 2011).

Solamente después que el modo básico de procesamiento se activa es que la persona comienza a procesarlo de forma más consciente, buscando las fuentes del peligro y finalmente poniendo en palabras, evaluándolo y generando formas para afrontarlo (Greenberg, 2011). Los esquemas pueden incluir componentes lingüísticos pre verbales (sensaciones en el cuerpo, imaginaciones visuales, y hasta olores). Los esquemas están también orientados hacia la acción para satisfacer las necesidades, metas y preocupaciones y

su desarrollo involucra los networks de neuronas que representan la historia de una experiencia vivida (Greenberg, 2011).

La implicación para la terapia es que el proceso emocional óptimo involucra activar todo el esquema y enfocarse en la narrativa de todos los elementos (Greenberg, 2011). Cuando la persona excluye todos los elementos de la conciencia su experiencia no es procesada total y coherentemente. El cambio duradero ocurre mediante la síntesis de dos o más esquemas existentes y la formación de otros de un nivel más alto (Greenberg, 2011). Así un esquema de memoria de miedo y retirada de un abuso pasado puede ser sintetizado otorgando a la persona la autoridad de sentir ira por el abuso que motiva un acercamiento más que una retirada, esto forma un nuevo sentido de confianza y asertividad (Greenberg, 2011).

Teoría dialéctica-constructiva

Los elementos involucrados en la construcción dialéctica del *self*, están definidas por dos corrientes que alimentan la experiencia consciente, una que viene del interior y que está basada en lo biológico de naturaleza afectiva y la otra del exterior que está basada en lo lingüístico-cultural (Greenberg, 2011). Las dos corrientes están en constante contacto con otros y con el ambiente en un proceso de construcción del significado. La corriente interna que forma el bloque del *self*, es influenciado por la cultura, el aprendizaje y la experiencia y pasan a conformar lo que se llama esquemas de emoción que luego pasan a ser los generadores de la experiencia (Greenberg, 2011).

Cuando la experiencia es simbolizada en palabras, crea entendimiento, este proceso dialéctico forma creencias, auto representación del *self* y narrativas que guían la atención, de esta manera se da un proceso de una historia contada de una experiencia vivida (Greenberg, 2011). EFT trabaja con el proceso dialéctico, recorre momento a momento la experiencia

implícita y el nivel alto explícito, este es un proceso que hace sentido la experiencia elemental, interpretándola y ordenándola en una narrativa coherente en donde se integran la razón y la emoción, por lo cual es la comunicación entre lo implícito y lo explícito lo que contribuye a las personas a ser quien son (Greenberg, 2011).

En terapia se trabaja con una combinación de descubrir y crear experiencia para generar un nuevo significado (Greenberg, 2011). De cómo la experiencia sea leída influenciará claramente el próximo momento de la experiencia del cliente y la narrativa que le siga. La experiencia como sea entendida limita e influye, pero depende de cada persona lo que hacen de su experiencia porque esta terminará definiéndolas en lo que son (Greenberg, 2011). Finalmente a través de que las personas se expliquen a ellos mismos y a otros su experiencia terminarán creando un significado narrativo (Greenberg, 2011).

Procesos emocionales para la modificación de las emociones

Para ser usado efectivamente el estilo de la EFT, esta debe ocurrir dentro de un particular contexto de relación y debe ser sensible a las diferencias individuales del cliente y cuan listo este se encuentre (Cain, 2001). Para ayudar a los clientes a tomar conciencia, explorar o regular sentimientos que son dolorosos o amenazadores, los terapeutas deben promover una alianza terapéutica fuerte en la cual el cliente se sienta aceptado, apoyado, validado (Cain, 2001).

Desde la perspectiva de la EFT el cambio ocurre cuando se ayuda a las personas hacer sentido de sus emociones a través de la conciencia, expresión, regulación, reflexión, transformación y corrección de la experiencia de la emoción en un contexto donde exista empatía dentro de la relación terapeuta-cliente (Greenberg, 2011).

Alianza y generar consciencia de emociones

La primera etapa tiene tres procesos: 1) crear una alianza terapéutica 2) toma de

consciencia de la emoción 3) expresión (Greenberg, 2011).

Alianza Terapéutica

Los tres principios de la relación que guía EFT son presencia, empatía, comunicación que son condiciones rogerianas centrales, y la creación de una relación terapéutica (Greenberg, 2011). La EFT se construye sobre una relación genuina, que regule el afecto, y empática en la cual el terapeuta está completamente presente, altamente receptivo y reaccionando rápida y efectivamente a la experiencia del cliente. El terapeuta es respetuoso, y actúa en conformidad con lo que comunica (Greenberg, 2011). La relación es vista como curativa en si misma, ya que la empatía y aceptación del terapeuta genera un alejamiento de la separación, validación, fortalecimiento del *self* y su aceptación (Greenberg, 2011).

Este tipo de relación ayuda a los clientes a regular la arrolladora, desorganizada y dolorosa emoción (Greenberg, 2011). En el tiempo la regulación interpersonal se internaliza en brindarse auto alivio y la capacidad de regular los estados internos. Este tipo de relación ayuda a que el cliente se sienta lo suficientemente seguro para que se integre al proceso de auto exploración, aprendizaje y creación de un nuevo significado (Greenberg, 2011).

Toma de consciencia de la emoción

La toma de consciencia de la emoción es la meta más fundamental en el tratamiento, cuando las personas saben lo que sienten y se reconectan a sus necesidades, estas les guían a satisfacerlas. Darse cuenta y simbolizar la emoción central de la experiencia en palabras da acceso a la información adaptativa y la tendencia de la acción en la emoción. Tomar consciencia de la emoción no es pensar en la emoción sino tomar consciencia a través de sentir el sentimiento porque aquello que es expulsado de la consciencia o roto no puede ser cambiado, cuando aquello que es negado es sentido, cambia (Greenberg, 2011).

Cuando la emoción es sentida se puede articular el lenguaje transformándose en un

importante componente de la conciencia. La meta es la aceptación de la emoción, la auto aceptación y la auto conciencia están ya conectadas, por lo cual para saber algo de uno mismo debe existir la aceptación (Greenberg, 2011).

La primera etapa del cambio es tomar conciencia de la emoción después de que el evento ocurre, si ocurrió en el pasado, esta experiencia puede servir para saber como responder en el futuro y que disparó la emoción (Greenberg, 2011). La segunda etapa se enfoca en reducir el tiempo en que la emoción toma para determinar los sentimientos de la persona (Greenberg, 2011). La tercera etapa es reconocer cuando la emoción aflora y mientras lo hace ser capaz de pararla antes de que termine por emerger. En esta etapa se puede percibir el impulso antes de la acción. Finalmente la cuarta etapa de cambio de la emoción, esta no se llega a disparar (Greenberg, 2011).

Es importante ayudar a las personas hacer conciencia de sus emociones , esto les permite entender en el núcleo de sí mismas lo que están sintiendo al igual les ayuda a resolver sus problemas. Los clientes necesitan ser guiados a poner atención a los pensamientos, imágenes que comprenden la emoción (Greenberg, 2010).

Una de las maneras que el terapeuta puede ayudar a los clientes a simbolizar sus experiencias y a buscar sus respuestas emocionales es poniendo atención en aquello que no es expresado, o lo que se encuentra a los bordes de la experiencia del cliente. De esta manera el terapeuta se vuelve empáticamente racional y lógico si el paciente elige tomar esta posición , y si se muestra emocional el terapeuta es quien le ayuda a llenar los detalles de su situación para que la narrativa sea concreta y balanceada (Caín, 2001).

Hay diferentes tipos de respuestas que han sido identificadas como maneras de ser empático, estas incluyen respuestas empáticas, afirmaciones empáticas, evocaciones, exploraciones y conjeturas empáticas (Cain, 2001).

Las respuestas empáticas se refieren a respuestas simples que comunican entendimiento

de la experiencia del cliente por parte del terapeuta, una afirmación empática por otro lado, son intentos de validar la perspectiva del cliente, es decir, el terapeuta no pone en duda la asertividad de las decisiones del cliente, sólo valida y amplía con una interpretación. La evocación empática tiene por meta que la experiencia del cliente cobre vida usando un lenguaje rico, evocativo, concreto y connotativo (Cain, 2001).

La meta de la exploración empática, es ayudar al cliente a desdoblarse y examinar las esquinas, lo escondido e inescrutable de sus experiencias, poniendo atención a los sentimientos, evaluaciones y suposiciones, no basta con escuchar la narrativa del cliente, hace falta interpretar la acción, para qué se hace, o se deja de hacer algo (Cain, 2001). Los intentos del terapeuta de llegar aquello que está implícito en las narrativas de los clientes, explican la conjetura empática, esta es similar a una interpretación, sólo que no proveen al cliente con nueva información y son basadas en los datos y no se trata de información que es de fácil observación. Es decir, cuando la información aparece narrada de forma casual, hay una información implícita de la cual el cliente no tiene conciencia hasta que el terapeuta le trae a su atención (Cain, 2001).

Expresar la emoción

Expresar las emociones supone manejar la evitación y ser capaz de expresar previas emociones primarias comprimidas. Un afrontamiento de las emociones efectivo también puede permitirle al cliente poner atención y clarificar preocupaciones centrales, promover y conseguir metas (Greenberg, 2011). El rol de evocar y expresar una emoción y el nivel en que pueden ser de utilidad para la terapia dependen en que sea expresada, el tema, cómo es expresada, por quién, a quién, cuándo y bajo qué condiciones. Por otro lado es importante ver que otras experiencias de afecto y significado le siguen a la expresión emocional. En terapia la evocación y expresión son necesarias pero no siempre suficientes para progresar

(Greenberg, 2011).

Debido a la tendencia de los humanos a la evitación de la experiencia y a la expresión de emociones dolorosas, en terapia, a los clientes se les debe apoyar para que puedan vencer la evitación y aproximarse a las emociones dolorosas atendiendo a la experiencia sentida en el cuerpo. Esto incluye cambiar creencias explícitas (e.g “los hombres no lloran”) que gobiernan su evitación, también ayudarlos a encarar la temida disolución. De esta forma los clientes deben permitirse tolerar y estar en contacto vivo con sus emociones. Estos dos pasos acercarse a la emoción y tolerarla a menudo son incómodos y están relacionados con las creencias explícitas (Greenberg, 2011).

Si los sentimientos evitados son expuestos por un suficiente espacio de tiempo, las investigaciones confirman que los efectos negativos se reducen (Greenberg, 2011). Sin embargo, para la EFT no es suficiente la evocación y tolerancia para el cambio de emociones primarias mal adaptativas. Lo óptimo involucra la integración de la cognición y el afecto, tomando en cuenta que la tolerancia no es la transformación del afecto. Después de contactar las emociones primarias mal adaptativas como pueden ser la vergüenza o inseguridad básica, los clientes deben usar la información, simbolizarla en la conciencia, explorar y reflexionar en ello, finalmente transformarlo (Greenberg, 2011).

Evocar y explorar

El tercer principio del proceso de la emoción involucra la regulación de la emoción, y la forma en cómo hay que hacerlo se convierte en el tema central del aspecto del tratamiento (Greenberg, 2011). Aquellas emociones que requieren una regulación baja son generalmente secundarias como la desesperación y falta de esperanza, o la ansiedad producida por la ansiedad, o emociones primarias mal adaptativas, como la vergüenza de creerse sin valía, la ansiedad que viene de la inseguridad básica y el pánico (Greenberg, 2011).

El primer paso para la regulación es la provisión de un ambiente seguro de calma en donde el cliente se sienta validado y goce de empatía (Greenberg, 2011). Este ambiente ayuda aliviar automáticamente el estrés y ayuda a reforzar el *self*. Seguido está el desarrollo de habilidades para manejar los disparadores, la evitación y tolerancia de las emociones, identificar y nombrar las emociones, establecer la distancia con las emociones, incrementar las emociones positivas, auto-calmarse, respiración y la búsqueda de la distracción (Greenberg, 2011).

Cuando las personas se dejan llevar por torrentes emocionales, ellas necesitan ser capaces de calmarse para seguir funcionando. Las emociones que perturban, especialmente la ira, la tristeza, miedo o vergüenza pueden abrumar a la persona, tomar distancia de estas emociones dolorosas ayuda (Greenberg, 2010). El terapeuta necesita enseñar a su cliente, a tomar distancia entre sus experiencias abrumadoras que nublan su conciencia y ellos mismos. El terapeuta puede ofrecer métodos de meditación o enfocarse en la respiración cuando entra y sale de sus nostriles y observar los contenidos de la mente, mientras llegan y se van (Greenberg, 2010).

Un proceso de meditación involucra enseñar a los clientes la habilidad de describir sus experiencias a ellos mismos en un modo objetivo, como si estuvieran hablando desde afuera, esto les ayuda a desprenderse del significado de sus experiencias y poner atención a la forma y calidad de la experiencia, una vez que toman conciencia de la emoción ya no se sentirán abrumados por la ira, tristeza, miedo o vergüenza, los significados quienes alimentaban el fuego emocional ya no los absorbe más. El enfoque cambia de ser una víctima de la emoción a ser un observador (Greenberg, 2010).

La meditación y la auto aceptación a menudo son de ayuda para lograr poner una distancia de las emociones desbordantes centrales. La habilidad de observar las emociones como van y vienen son procesos importantes para regular el estrés emocional (Greenberg,

2011).

Otra manera de regular es ayudar a las personas a construir experiencias más positivas enfocándose en los eventos positivos y desarrollando comportamientos que incrementen estos eventos (Greenberg, 2010). Por otra parte la habilidad de tolerar el estrés puede ayudar a la persona a salir del paso, estos involucran distraerse uno mismo estando ocupado haciendo cosas, enfocando la atención lejos del *self* y más cerca de los otros, auto consolarse haciendo cosas buenas para uno mismo, lo cual proveerá alivio. Además de esto Linehan (citado en Greenberg, 2010) sugiere mejorar el momento a través de imaginación, oración, relajación tomando vacaciones de las responsabilidades.

El terapeuta puede acercar o alejar la experiencia con frases como “Respire, y trate de alejarse un poco del sentimiento, para que logre percibirlo como parte de Ud.” o también “Vamos a poner al sentimiento aquí en esta silla (Greenberg, 2010). ¿Puede ahora describirlo?” para acercarse puede decir “Intente entrar en el sentimiento un poco más. Dígame como es? “Hable desde el sentimiento”. Cuando la persona es incapaz de prodigarse auto consuelo porque lo que hace todo el tiempo es auto condenarse y despreciarse que normalmente es el caso de personas que se autolesionan o auto medican para regular las emociones (Greenberg, 2010).

Para las personas que no pueden auto consolarse la intervención del terapeuta requiere que el cliente se imagine un niño sentado en una silla enfrente de él, un niño que ha sufrido exactamente lo que ha sufrido él en la vida (Greenberg, 2010). Para evocar la queja del niño el terapeuta describe los puntos más álgidos de la historia de la persona y pregunta “Qué le dirías a ese niño” “Qué sientes hacia el niño”, esto evocará una respuesta de compasión hacia el niño y sus circunstancias y un reconocimiento de lo que el niño necesita. Aunque las personas entienden lo que se les pide hacer parece que son más capaces de dar consuelo a un niño en general y esta forma de hacerlo luego es trasladada y la capacidad de auto consuelo

se desarrolla (Greenberg, 2010).

El alivio fisiológico involucra la activación de sistemas del nervio parasimpático que regula los latidos del corazón la respiración y otras funciones simpáticas que se disparan con el estrés. Promover la habilidad del cliente para recibir y ser compasivo con sus emociones dolorosas es un paso importante hacia la tolerancia y el auto-alivio (Greenberg, 2011). Los comportamientos como realizar una actividad favorita, escuchar música, relajarse, tomar un baño de agua caliente, caminar o llamar a alguien por apoyo y consuelo son comportamientos que también ayudan especialmente cuando se da una ruptura en las relaciones (Greenberg, 2010).

Trasformación de las emociones

Una premisa principal que guía la intervención de EFT es que si la persona no se acepta a sí misma de la manera que es, no está lista para la transformación (Greenberg, 2011). Una persona no puede dejar un sitio en el que no ha estado primero, en el caso de las emociones estas se tienen que sentir primero para ser sanadas (Greenberg, 2011). A la auto-transformación le precede la auto-aceptación. El proceso de cambiar emoción por emoción va más allá de la catarsis, dejar ir, exposición, extinción o acostumbramiento (Greenberg, 2011).

El sentimiento desadaptativo no se purga, ni tampoco cede porque la persona lo sienta, más bien es otro sentimiento sustituto el que lo transforma o lo deshace, como por ejemplo la vergüenza como sentimiento primario o miedo al abandono es traído por la co-activación de la ira y el orgullo o compasión por el *self* (Greenberg, 2011). En terapia, el miedo al abandono o aniquilación como resultado de maltratos en la niñez, una vez que se manifiesta en el presente puede ser transformada en seguridad por la activación de emociones adaptativas como ira y rechazo que fijan límites (Greenberg, 2011).

De igual manera, la ira desadaptativa puede ser deshecha por tristeza adaptativa,

vergüenza, lástima que fue internalizada por el desprecio de otros, y ser transformada mediante el acceso de la ira como consecuencia de una violación al abuso sufrido, o por auto compasión y mediante el orgullo y auto-valía; la ira por haber sido injustamente tratado o frustrado es un antídoto a la falta de esperanza y victimización (Greenberg, 2011). Las emociones pueden ser retiradas de un lado del cerebro y pueden ser reemplazadas con emociones de otra parte del cerebro o viceversa (Greenberg, 2011).

Después que la emoción sustituta ha podido acceder esta transforma o deshace el estado original y uno nuevo es falseado. Es necesario un período de calma donde la emoción desadaptativa empieza hacer sentido y a cambiar, antes de la activación de una emoción opuesta que transforme (Greenberg, 2011). Según la EFT para que el cambio de las emociones desadaptativas sea duradero, la generación de nuevas respuestas emocionales tienen que ocurrir, no es suficiente el *insight* o entendimiento sino la generación de nuevas respuestas a viejas situaciones e incorporando estas a la memoria (Greenberg, 2011).

Los esquemas desadaptativos de la niñez como pérdidas o traumas son activadas en terapia y cambiadas a través de reconstruirlas, es decir introducir una experiencia nueva en recuerdos activados de eventos pasados lleva a una transformación de la memoria por la asimilación del nuevo material, en el contexto de una relación segura (Greenberg, 2011).

Indicadores emocionales

Existen varios indicadores que acompañan las intervenciones. El primero es cuando el cliente no sabe por qué cada vez que mira a un niño pequeño llorar busca un culpable (Greenberg, 2011). El terapeuta en este caso quiere evocar y desdoblar la experiencia en terapia para volver a experimentarla y observar la reacción, permitiéndole establecer la conexión entre la situación, los pensamientos y las reacciones emocionales llegando al significado que se encuentra implícito en la situación. Esta reacción brinda una nueva visión

de cómo funciona el *self* (Greenberg, 2011).

El segundo indicador se trata de una sensación sentida o experiencia que el cliente no puede definir o describir bien de que se trata por ejemplo puede decir “tengo este sentimiento pero no se lo que es” (Greenberg, 2011). Esta sensación necesita focusing, en donde el terapeuta guía a su cliente acercarse a los aspectos de su experiencia tratando de definir con palabras la sensación. La resolución se da cuando hay un cambio en la sensación sentido es decir un “*felt shift*” y se le da a la experiencia un significado (Greenberg, 2011).

El tercer indicador dentro de los conflictos del *self* “conflicto *splits*” en donde una parte del *self* se opone a otra, es decir una parte es crítica y coerciva con la otra por ejemplo “me siento nadie, siento que he fracasado, y todos son mejores que yo” (Greenberg, 2011). En estos conflictos donde hay crítica ofrecen una oportunidad para el trabajo de las dos sillas en donde los pensamientos, sentimientos y necesidades de cada parte del *self* son exploradas y comunicadas. La meta es lograr una suavización en la voz crítica y la resolución se da por la integración de las dos partes (Greenberg, 2011).

El cuarto indicador perteneciente a los conflictos del *self* son los llamados “interrumpidos” o conflictos no resueltos en donde una parte del *self* frena la expresión de la otra y el cliente puede decir por ejemplo “siento que quiero llorar, pero eso sería demostrar que soy débil, siempre me tengo que tragar las lágrimas así me hago más fuerte” (Greenberg, 2011). La parte que es acallada finalmente puede expresarse (Greenberg, 2011). En este indicador los clientes pueden actuar las maneras en como ellos se restringen físicamente, así pueden darse cuenta que ellos son también parte de la acción de cerrarse, más tarde pueden retar a la parte que les frena. La resolución comprende que puedan expresar la experiencia bloqueada (Greenberg, 2011).

El quinto indicador dentro de los conflictos del *self* es “*unfinished business*”, el cliente dejó un asunto pendiente, y un sentimiento por parte de él hacia una persona importante en su

vida irresuelto (Greenberg, 2011). Por ejemplo, el cliente puede decir “mi padre nunca estuvo para mí, nunca lo he perdonado por ello”. Esto requiere la intervención de la silla vacía donde el cliente coloca a su padre en ella, y explora sus reacciones emocionales hacia él hasta que hacen sentido. La resolución se da porque se hace a la otra persona responsable o bien se la entiende y se la perdona (Greenberg, 2011).

Un último indicador e intervención se da cuando la persona se siente frágil, tremendamente avergonzada o humillada. El cliente puede decir “no me queda nada, he llegado al final, no puedo seguir adelante” (Greenberg, 2011). La vulnerabilidad requiere de la validación y la empatía, el terapeuta debe capturar tanto el contenido de lo que el cliente está sintiendo, como los afectos y el tono de la experiencia para normalizarla. Este reflejo de la experiencia lleva a fortalecer el sentido del *self* (Greenberg, 2011).

EFT y Esquizofrenia

No se han hallado estudios que comprueben la efectividad de la EFT con respecto a clientes con esquizofrenia, pero es importante mencionar que tras las ideas delirantes, las alucinaciones, el comportamiento desorganizado o el comportamiento catatónico, se encuentra un individuo que experimenta la pérdida del placer o interés, depresión, ansiedad e ira, incluso en ciertos casos como la esquizofrenia subtipo paranoide conservan la capacidad cognoscitiva y la afectividad.

Por tanto para la EFT la depresión y la ansiedad son vistos como desórdenes emocionales del proceso de auto-organización lo cual hace sentido con el comportamiento desorganizado en clientes esquizofrénicos (Greenberg, 2011). La visión negativa del *self*, del mundo y del futuro hacen que los clientes se retraigan para evitar aquellas emociones mal adaptativas como el miedo, la vergüenza, la soledad o el abandono (Greenberg, 2011).

La ansiedad por otro lado resulta cuando una persona no tiene certeza de su capacidad para ejercer control sobre una amenaza real o no, se perciben como débiles, abandonados, no pueden con ello y reaccionan con ansiedad anticipatoria, evitación o dependencia basadas en esquemas de memorias, de experiencias cruciales de abandono y negligencia, fracaso en relacionarse y obtener consuelo (Greenberg, 2011).

La EFT se enfoca en ayudar a los clientes en procesar la experiencia emocional para que puedan entrar a las emociones primarias adaptativas a través de empoderar a la ira que tiene a sus espaldas una historia de violación, o tristeza ocasionada por una pérdida (Greenberg, 2011).

La pérdida de interés, ansiedad, depresión e ira en pacientes que padecen esquizofrenia son desórdenes afectivos, la EFT se especializa en permitir el acceso a las experiencias emocionales centrales para traerlas a la conciencia, marcarlas y reflexionar en ellas, además desarrolla respuestas emocionales alternativas para transformar las disfuncionales (Greenberg, 2011).

La EFT es apropiada para poblaciones con desórdenes afectivos donde la severidad de la patología y auto fragmentación todavía permiten el tolerar las emociones dolorosas en la seguridad de un ambiente terapéutico (Greenberg, 2011). Las formas de EFT son aplicables a clientes en el que su nivel de funcionamiento lo hacen fuera de un hospital (Greenberg, 2011).

CAPITULO 3: METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación de la metodología seleccionada

La metodología empleada para este estudio de caso fueron sesiones de 60 minutos y 90 minutos de duración en consulta con la cliente. La sesión mantuvo su curso y solo ciertas notas esporádicas fueron tomadas, al final de la sesión, la terapeuta hacía un resumen de las preocupaciones, esquemas, asuntos inconclusos y establecía como prioridad los temas dejados por falta de tiempo para retomarlos en futuras sesiones. De igual forma los marcadores para las técnicas establecidas de la EFT que podían bien ser aplicados o no, dependiendo de la disponibilidad y voluntad de la paciente de seguir adelante. Se llevó de igual manera una historia clínica donde constaba la variación en medicación, consentimiento, cuestionarios y devoluciones (resúmenes).

Descripción de participantes

Claudia tiene 31 años, está casada con Eduardo hace ya diez, tienen 2 hijos. Con respecto a sus padres dice que la relación con él fue “pésima”, el nunca estuvo presente tampoco interesado en cumplir su rol de padre, en la actualidad Claudia y su padre pueden mantener una conversación cordial. Fue dejada por su madre en casa de una tía cuando nació, aduciendo razones de trabajo “hasta los cinco años no la conocí, ni viví con ella”. La madre de Claudia decidió pasar por ella un día sin explicaciones le arrancó de los brazos de su tía cuando ella tenía cinco años.

Claudia dice haber sufrido anemia y bajo peso en su adolescencia, fue intervenida de urgencia a los 15 años por peritonitis mientras vivía con las monjas, tuvo un aborto antes de concebir su primer hijo Pedrito (nombre ficticio) que ahora cuenta con nueve años, una depresión posparto, una cirugía para extirpar un tumor en los ovarios y una segunda cesárea con Melanie (nombre ficticio) quien actualmente cuenta con cuatro años.

Características especiales relacionadas con el estudio

Este estudio de caso de una cliente con esquizofrenia tuvo que considerar la disponibilidad de la cliente, dado que en ciertas ocasiones no podía salir de su casa sino acompañada, variaciones en la prescripción médica ocasionaban extremo adormecimiento, se podía contar con la cliente físicamente más sus emociones y capacidad cognitiva se encontraban limitadas. De igual forma el acceso al terapeuta en este caso fue abierto, un número de celular y una dirección de correo electrónico fue provisto.

Presentación de la demanda

Claudia viene a terapia porque no sabe como puede controlar los altos niveles de ansiedad, quiere poder enterarse bien acerca de la esquizofrenia con intención clara de vencerla, para poder ser una persona funcional y no una carga para su familia. Claudia quiere saber que no está imaginando partes de su vida, que las personas puedan confiar en lo que ella hace y dice.

Historia

Familia

Con respecto a su familia, empezando por su tía, su madre adoptiva, dice que ella fue su verdadera madre y que la relación era excelente, de paso aclara que, su tía y el esposo no podían tener niños. Después que sucedió la separación entre Claudia y sus padres adoptivos, ellos intentaron siempre verle a escondidas en el parque o a la salida de la escuela, pero poco a poco se perdieron en el tiempo. Durante la terapia, Claudia se animó a contactar nuevamente con su tía, después de haber mejorado su relación con su madre biológica.

Después que su madre la dejara en un internado de monjas a los 14 años, su abuelo la va a buscar para que viva con él, con quien lleva una relación normal, en la que el abuelo

conversa poco y ella se dedica a limpiar y cocinar para él. Claudia dice “de él aprendí la disciplina y el trabajo duro.”

Con respecto a sus suegros dice que Anita su suegra es celosa y posesiva con su hijo, que a veces les ha prestado ayuda económica y que cuando de negocios se trata, su suegra acude Adrián su esposo por consejo y ayuda. Con Filemón su suegro la relación es cordial, de respeto mutuo sin tener hasta hoy ningún problema. Claudia es la menor de dos hermanas, Esperanza de 34 años creció con sus padres desde el principio, fue educada y dejó la tutela de sus padres el día de la boda.

La relación con Adrián es buena, él no falta a la casa con lo necesario, tiene un buen trabajo como jefe de plantación de una empresa de productos orgánicos. El trabajo de Adrián es muy demandante, por lo que espera que Claudia solucione todos los problemas en casa, el tiempo que comparten juntos está limitado por el temor de Claudia a salir a pasear, o fuera de casa, dice que su esposo le tiene mucha paciencia, pero al mismo tiempo lo ve muy poco.

Educación

Claudia comienza su educación en una escuela de provincia hasta tercer grado terminando sexto grado en una escuela pública. Continúa sus estudios hasta cuarto de básica y a los 14 años sufre la primera depresión grave. Se traslada a una ciudad más grande para seguir cuarto y quinto curso y para sexto curso se halla viviendo con sus padres y haciendo una pasantía en una industria agrícola. En el verano aplica en una escuela superior y es aceptada, al cabo de un año debido a una segunda depresión grave complicada con una delgadez que le impedía funcionar, tiene que dejar sus estudios.

Claudia comienza a trabajar para una plantación, en trabajos administrativos en donde conoce a su esposo quien se desempeñaba como gerente de producción, se casan alrededor de un año, y pronto viene el primer embarazo, por lo que deja sus estudios. Claudia decide

seguir administración de empresas a distancia logrando completar 6 semestres.

Social

Claudia no es una persona de muchas amigas, no asiste a fiestas, sale muy poco, y se empeña en que la iglesia y la devoción a su familia es lo primordial, lo mismo que le aleja de fuentes de afecto y comunicación con otros adultos.

Salud mental y física/ Diagnóstico Clínico

Claudia no tiene ninguna enfermedad física crónica

Eje I: Tipo paranoide de esquizofrenia (F20.Ox)

Eje II: Trastorno de la personalidad por evitación (F60.6)

Eje III: No presenta ninguna enfermedad médica actual

Eje IV: Problemas relativos al ambiente social

Claudia dice haber sufrido anemia y bajo peso en su adolescencia, fue intervenida de urgencia a los 15 años por peritonitis mientras vivía con las monjas, tuvo un aborto antes de concebir su primer hijo Pedrito (nombre ficticio) que ahora cuenta con nueve años, una depresión posparto, una cirugía para extirpar un tumor en los ovarios y una segunda cesárea con Melanie (nombre ficticio) quien actualmente cuenta con cuatro años

Los criterios que Claudia cumplió cuando se dio inicio a la terapia fueron los siguientes:

- A. Presencia de dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa e un período de un mes
 - 1. ideas delirantes
 - 2. alucinaciones
- B. Los síntomas provocaron una significativa alteración en las relaciones interpersonales y el cuidado de sí misma y de su familia.
- C. Los síntomas negativos persisten como el aplanamiento afectivo y la abulia en un

periodo de seis meses, esporádicamente vuelven aparecer las alucinaciones durante este período.

D. Los síntomas no son consecuencia del trastorno esquizoafectivo o de ánimo, no se dio un episodio de depresión mayor, maníaco o mixto concurrentes con la fase activa, sí se observó episodios de alteración anímica pero en ningún caso ha superado el período activo.

E. Los síntomas no se dieron debido a efectos del consumo de alguna sustancia, abuso de algún medicamento o enfermedad médica.

F. Los síntomas no son producto de un trastorno generalizado del desarrollo como el autista.

Los criterios que Claudia también cumplió luego de cuatro meses de terapia pertenecientes al diagnóstico tipo paranoide son los siguientes:

- A. Existe la preocupación por ideas delirantes y alucinaciones auditivas frecuentes
- B. Los síntomas no causan el afecto plano o inapropiado, tampoco se observa desorganización en su lenguaje

Claudia cumple con cuatro o más de los siguientes síntomas con respecto del trastorno de la personalidad por evitación:

1. Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo
2. Es reacia a implicarse con la gente si no está segura de que le va a caer bien
3. Está preocupada por la posibilidad de ser criticada o rechazada en las situaciones sociales
4. Se ve a sí misma socialmente inepta, personalmente poco interesante o inferior a los demás
5. Está inhibida en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de

inadecuación

Medicación

Al momento que Claudia llega a consulta se habían prescrito los siguientes medicamentos: *Lilimith* de 20mg a tomarlo en la noche entre 9 y 10pm. *Tegretol*, en la dosis de 2 pastillas diarias de 400mg y *Escentius* de 20mg una al día. Claudia dice que los efectos secundarios de *Lilimith* están los movimientos involuntarios del cuerpo, que por parte del *Tegretol* siente ardencias en el estómago, náuseas y asco a la comida, y que el *Escentius* fue recetado porque ella lloraba mucho y ahora se siente más alegre.

Cabe indicar que el control farmacológico a base de neurolépticos ha sido administrado y controlado por su psiquiatra, la prescripción cambió en dos ocasiones, pero no se discontinuó en ningún momento, Claudia tuvo una muy buena predisposición y cumplimiento en seguir las indicaciones de su médico. Los efectos de la medicina no permitieron seguir con las sesiones de terapia en dos ocasiones con la imposibilidad por parte de Claudia para organizar las ideas.

CAPITULO 4: ANÁLISIS DE DATOS

Detalles del análisis

La conceptualización del caso se basa en el proceso como diagnóstico, desarrollo de un foco, identificación de los marcadores y el desarrollo de un tema (Greenberg, 2011). En la EFT el proceso tiene prevalencia al contenido, y la formulación del caso es continuo, momento a momento y dependiendo tanto el contexto como la persona (Greenberg, 2011).

La principal preocupación del terapeuta es hacer el seguimiento del proceso del cliente e identificar los centros del dolor, y los marcadores de las preocupaciones del paciente. Con la formulación del caso y el desarrollo de un foco es más fácil encajar la tarea terapéutica a las metas del cliente (Greenberg, 2011)

Formular un foco quiere decir que el terapeuta sigue el compás del dolor que actúa como un objeto de búsqueda de la experiencia aguda del cliente (Greenberg, 2011). Los siguientes pasos han sido identificados para guiar a los clínicos en el desarrollo de la formulación del caso: 1) identificar el problema presente, 2) escuchar y explorar la narrativa del cliente acerca del problema, 3) observar y atender a la manera en como el cliente procesa las emociones, 4) juntar información acerca de los apegos del cliente e historias de identidad, relaciones presentes y preocupaciones concernientes a estas, 5) Identificar y responder a los aspectos dolorosos de la experiencia del cliente 6) Identificar los marcadores y una vez hecho esto sugerir las tareas apropiadas para el problema establecido, 7) enfocarse en las temáticas y procesos narrativos que van surgiendo a temas interpersonales e intrapersonales, 8) atender al procesos de momento a momento del cliente para guiar las intervenciones con las tareas.

Identificar el problema presente

En la primera cita, la cliente, una mujer joven de 30 años, indica que ella no puede más con su ansiedad y falta de control sobre su vida y sus actos, que las cosas han ido

cambiando para peor en los últimos tiempos. Por actos ella menciona, que siente que es agresiva e insultante con su hijo, en segundo lugar, que había oído voces que le advertían salir de casa, que estaba en peligro ella y sus hijos, por lo cual huyó con ellos a casa de su hermana por cinco días de lo cual ella no recuerda nada, tercero, tiende evita salir de casa, y limpia puertas adentro compulsivamente. Entre otros actos se suman la creencia de haber dicho cosas impropias cuando se ha cruzado con amigas de forma casual.

Escuchar y explorar la narrativa del cliente acerca del problema

Claudia dice que pasa la mayor parte sola en casa con las labores, que su esposo trabaja mucho y que casi no tienen comunicación, sin embargo él no falta con nada para la casa que es un buen hombre y que es exitoso en su trabajo.

Observar y atender a la manera en como el cliente procesa las emociones

Claudia tenía conciencia de su experiencia emocional, podía ponerla en palabras pero evitaba sentir el sentimiento, y le cuesta llegar a las emociones primarias. Claudia es una paciente que se desborda en llanto fácilmente, la terapeuta prefiere dar un tiempo a que Claudia respire y observe el dolor de experimentar las emociones dolorosas.

Juntar información acerca de los apegos del cliente e historias de identidad, relaciones presentes y preocupaciones concernientes.

Claudia dice no haber corrido la misma suerte que su hermana, que ella sí creció junto a sus padres, se observa físicamente distinta que su hermana pues ella tiene pelo claro y ojos azules. Con respecto a su madre, dice que se encuentra en casa por ahora, pero que ella quiere que se marche, que no hace sino aumentar historias, y que le deja mal frente a sus hijos, y le resta autoridad. Por parte de sus amistades que fueron pocas siempre, dice que evita encontrarse cara a cara con ellas, y que siente pánico sólo pensar en que puede encontrarse con una de ellas en la calle.

Identificar los marcadores y una vez hecho esto sugerir las tareas apropiadas para el problema establecido

La relación con los miembros de la familia es dificultosa y dolorosa, no entiende Claudia por qué fue tratada de forma distinta, y puesta en el ostracismo, la relación con su madre y su padre en la niñez fue ausente, lo que le da un sentido de estar sola y sin apoyo y termina perpetuándose en la vida adulta, ella se critica duramente y se mira como un fracaso, ella va de sentirse sin esperanza y débil a la tristeza y explosiones de ira. Se identifica este foco como un potencial marcador para trabajar en terapia, uno relacionado con la auto-crítica en un *self-split* y el otro en *unfinished business* con cada uno de sus padres.

Los pasos seis, siete y ocho se van dando en las siguientes sesiones, nuevos marcadores y tareas van surgiendo los mismo que serán explicados más adelante.

Tratamiento

Creación de la alianza terapéutica

Claudia recibió 21 terapias individuales. Todas las terapias sin excepción estuvieron dedicadas a crear una alianza terapéutica fuerte, la primera sesión fue definitiva puesto que su ansiedad desbordante fue sustituida en gran parte por la sensación de confianza y empatía generada mientras los minutos corrían. La empatía, la validación de los sentimientos del cliente y el sentido de su *self* fueron el foco y prioridad a través de la terapia (Greenberg, 2011).

Ansiedad Desbordada

Claudia: “Siento tanta ansiedad que puedo lanzarme de este edificio, no puedo controlar mi vida, dicen que tomé mis hijos y ropa y me fui de casa, yo sí me acuerdo que la voz me decía que salga, que me vaya, que mis hijos estaban en peligro”. Claudia estaba experimentando un alto grado de ansiedad. La terapeuta decide tomar el tiempo para lograr el

tono de luz cómodo dentro de la habitación, el suficiente aire fresco, doble chequea la caja de kleenex, y le invita a la cliente al silencio, al sólo mirarse en los ojos y sonreír levemente por un par de minutos

Terapeuta: “Siento que te es difícil dejar de amarrar las manos, están muy tensas y los pies no quieren estar quietos”(entendimiento empático)

Los ojos de Claudia se llenan de lágrimas mientras mira en los ojos de la terapeuta profundamente, sin pronunciar palabra. Se quedan en silencio, mientras ella toma bocanadas de aire para tratar de seguir narrando su historia, finalmente se permite llorar sin reprimirse, cuando se calma sigue con su narración.

Claudia: “me había llevado una maleta de ropa pequeña, y mis dos hijos conmigo, para casa de mi hermana, mi esposo no intentó irme a ver durante estos días, no me fue a reclamar, y yo tampoco quería regresar a casa”.

Terapeuta: “Tengo la impresión que te habías marchado y no fue algo planeado, que intentabas huir ?”(conjetura empática).

Claudia: “Sí, la voz me dijo que me marchara con mis hijos, y rápido, que de lo contrario mis hijos sufrirían”.

Terapeuta: “ Entonces te llevaste una maleta pequeña y saliste rápido con tus hijos, de lo contrario ellos corrían peligro” (empaquetar la información)

Claudia: “Me había ido a casa de mi hermana y me cuentan que no quería regresar a la mía, que ni siquiera tenía ropa para ponerme, y que los niños tampoco, y que sólo después de cinco días me devolvieron a casa”

Terapeuta: “Veo que te asusta a ti misma haberte ido de casa, siento que es algo muy inusual?”

Claudia: “Nunca salgo y menos así, sin avisar a mi esposo, llevándome a los niños”

Terapeuta: “¿Tengo la impresión que sólo una emergencia te sacaría de tu casa?”

A través de esta primera sesión el terapeuta sabe que tiene que regresar en un determinado momento a la voz, a la pérdida de conciencia de estos cinco días, y a la aversión a salir fuera de casa. En sesiones posteriores se hablará de los ataques de pánico, agorafobia y la desorganización del *self*. La ansiedad de Claudia casi desapareció al final de la sesión, la terapeuta tuvo la impresión que la urgencia de contar, y que a su relato se le diera credibilidad era uno de los componentes más importantes, marcando el primer hito de una alianza terapéutica que hubo de ser trabajada en cada uno de las sesiones siguientes.

Sentimientos de abandono e ira adaptativa no expresada

En la tercera sesión Claudia vuelve a la voz, a buscar las razones por las que se marchó de casa, y los detalles sobre como sucedió. A continuación una parte de la sesión con ella.

Claudia: “Lo que más me llama la atención de todo esto, es que mi esposo no fue a verme, como si no le hubiese importado”

Terapeuta: “te sorprende que alguien tan cercano a ti no haya ido a verte”

Claudia: “no, creo que no debería estar tan sorprendida, una vez no fue a verme mientras yo estaba en el hospital, mi madre fue la que estuvo ahí”

Terapeuta: “Cómo es estar en el hospital y sentir que la persona que comparte contigo tu vida no está allí”

Claudia: “Me duele tanto, yo no sabía que hacer, mi madre decía que tenía que abortar que era muy joven, que mi esposo me dejaría pronto.” “Como sabe, él está conmigo hasta hoy, pero no puedo perdonar a mi madre que me obligó abortar”

La terapeuta descubre que hay un sentimiento que está pendiente con una persona importante en la vida de Claudia “su madre”, y marca como un “*unfinished business*” . A continuación la cliente expresa su ira primaria hacia su madre. La ira y la tristeza a menudo son los dos lados de una moneda de sentimientos irresueltos hacia una persona importante en

la vida (Cain, 2001).

Terapeuta: ¿Claudia, puedes mirar a tu madre sentada en esta silla?...¿Puedes hablarle?

Claudia: (Con mirada intensa, y desprecio) No sé si tu eres mi madre o el mismo demonio, cómo pudiste llegar al punto de convencerme de tener un aborto, yo no sabía que hacer y tu te aprovechaste de eso.

Terapeuta: Dile, “realmente estoy furiosa contigo”

Claudia: “Estoy furiosa contigo, cómo pudiste ser tan cruel”

Terapeuta: Dile, “Estoy furiosa contigo y tengo todo el derecho a estarlo”

Claudia: “Tengo todo el derecho de estar furiosa contigo, tu obraste en mi vida y en mi matrimonio de mala forma”

Claudia: “Te interpusiste en mi vida y la de mi esposo, me convenciste que abortara, que el niño nacería con las facciones de su padre “un indio”, me dijiste que mi esposo me abandonaría con el niño, y que me quedaría muy sola, sólo asustabas a una niña, y al mismo tiempo provocabas un alejamiento de mi esposo, él nunca estuvo de acuerdo y tú lo sabías”

Terapeuta: “Dile lo que necesitas de ella”

Claudia: “Yo quiero que reconozcas que tu fuiste horrible, eso no se le hace a nadie, menos a una hija, y quiero que me pidas perdón”

Terapeuta: “Quiero que te des cuenta, y reconozcas y me pidas perdón”

Claudia: “Tengo 2 hijos ahora de mi esposo, y los adoro, no era el caso el color de su piel, tampoco mi esposo me abandonó, sólo fue tu odio, tu rencor, y me utilizaste a mi, nunca te voy a perdonar”.

Terapeuta: Te sorprende que las cosas nunca fueron lo que tu madre quiso que creyeras, tu hablas de que ella te utilizó, dile entonces que te utilizó

Claudia: “Tú me utilizaste, porque llevabas rabia por dentro, mi padre no te quería, y tu no querías a nadie, menos a mi esposo, menos a mi bebé que decías que sería un pecado traer

un ser tan feo al mundo, te desprecio y quisiera que desaparecieras de mi vida”

Claudia: “tu no fuiste el apoyo que en esos momentos necesitaba de una madre, querías sólo que me deshiciera de la criatura, no tuviste conciencia, ni piedad, cuando el procedimiento terminó, tú no viniste a verme, y mi esposo que se mantuvo alejado, tampoco vino a verme, tú me abandonaste después de que lograste que abortara”

Terapeuta: Dile, que es lo que tu necesitabas, lo que hubieses querido para ti en verdad

Claudia: “Me hubiese gustado tener tu apoyo, que te alegraras por mí y por mi esposo o por lo menos que cuando el aborto fue hecho te hubiese visto después”

Terapeuta: Cómo pudiese haber demostrado que le importaba tu bebé y tu familia

Claudia: “Cuando me di cuenta que estaba embarazada, sólo si hubieras podido estar feliz por mí, o tal vez ni siquiera eso, solamente no llenar mi cabeza de tantas inseguridades e ideas de que voy hacer abandonada, por qué no pudiste sólo callarte y guardar, y apoyarme”

La madre: (habla desde la otra silla) “ Sí yo te dije todas estas cosas, tenía tanto miedo que las cosas resultaran mal para ti, tu tenías un futuro y lo abandonaste por estar con él. El no es de nuestra raza, y me horrorizaba la idea de que el niño fuera desplazado por el color de su piel, por ser diferente. Si, quiero que me perdones, no debí nunca transmitirte mis inseguridades, ni tampoco hablar de un aborto.

La capacidad de tomar decisiones por sí sola, habían sido violados, por lo que se le ayudó a entrar y expresar la ira adaptativa. Claudia pudo expresar a su madre el miedo y el horror que sintió en estos momentos donde más vulnerable se encontraba, la ira por haber intervenido en su joven matrimonio, y la falta de su apoyo “tú me abandonaste después de que lograste que abortara”. Finalmente logra decir lo que necesitaba de ella “: “Me hubiese gustado tener tu apoyo, que te alegraras por mí y por mi esposo...”

La terapeuta recuerda que Claudia fue abandonada al nacer, y fue dejada en brazos de una familia que no podía concebir, su tía. Los sentimientos de rechazo por ser diferente a su

hermana en facciones y en color de piel, sólo confirmaba que para ser aceptada no podía ser diferente. La terapeuta se arriesga bastante al decir que en estos momentos de vulnerabilidad durante el tiempo inicial de embarazo, Claudia necesitaba ser aceptada por su madre, a un precio bastante alto, que en este caso fue el deshacerse de un niño que iba a nacer “diferente”. La cliente pudo experimentar nuevamente el abandono, la falta de amor, y aceptación por parte de su madre, pero también pudo darse cuenta, que tuvo dos hijos de su esposo, que se parecieron a él, que ella los adora, y que no los piensa abandonar por ser diferentes.

La terapeuta pudo darse cuenta que la relación con su madre no siguió siendo un tema que Claudia haya querido volver a retomar, y notó por el contrario en futuras sesiones siguientes que su madre fue quien le acompañó a cada sesión y cuidó de su pequeña hija mientras Claudia estaba en consulta. Cuando la terapeuta le preguntó como iba la relación con su madre, supo expresar que todo estaba muy bien, “ahora nos hacemos compañía todo el tiempo.”

Sentir aversión a salir de casa

Claudia sentía aversión a salir de casa, y al mismo tiempo de hallarse ella misma comportándose de manera inadecuada frente a extraños, su mayor preocupación era la de ser rechazada, o no poder valerse por sí misma.

Claudia: Quisiera dejar de limpiar tano mi casa quisiera salir a pasear con mis hijos y mi esposo, pero siento tanto miedo a dejar mi casa

Terapeuta: ¿Qué es lo que te detiene?

Claudia: “No sé, a veces me despierto en la noche sudando, tengo mucha ansiedad y lo único que quiero es huir de mi casa y no volver más”

Terapeuta: “Es como tener un mal sueño, que te empuja a salir de tu casa”

Claudia: “Sí, es como si no le aguantara más”

Terapeuta: “Quisiera que cierres los ojos (la cliente cierra sus ojos inmediatamente) y te imagines que estás por entrar a tu casa, estás frente a la puerta principal y estás a punto de abrirla, estás allí Claudia?”

Claudia: “sí”

Terapeuta: “Quiero que abras la puerta, y quiero que vayas recorriéndola, y en voz alta me la describas para que yo la vaya conociendo

La intención del terapeuta es que aflore alguna emoción que indique que le mantenía a Claudia el estar sujeta a su casa, y que le hacía huir de ella en noches cuando ella se despertaba llena de pánico y quería huir, nótese que en la primera sesión fue “la voz” la que le dijo que saliera de casa.

Claudia hizo una descripción del primer piso de su casa y al subir al segundo supo decir que no quería entrar al dormitorio master.

Terapeuta: “Está bien si no quieres entrar a tu dormitorio, es un sitio privado no tienes que mostrármelo sino lo deseas”

Claudia: “Está todo oscuro, y no me gusta, y hay algo allí que lo escondí”

Terapeuta: “Quieres entrar y ver si todavía se encuentra allí lo que escondiste?”

Claudia: “Entremos pero no hay luz”

Terapeuta: “Si te fijas bien hay un interruptor gigante en la pared de la izquierda, necesitas dos manos para subirlo, quieres hacerlo?, de paso te digo que hay una lámpra muy grande allí arriba que nos permitirá iluminar todo”

Las manos de Claudia mimetizan alzar un interruptor con las dos manos, mientras permanecen cerrados sus ojos.

Terapeuta: “me puedes decir que hay allí”

Claudia: “Es un baúl viejo, con unos candados”

Terapeuta: “¿Dime cuan grande es?”

Claudia: “Muy grande casi ocupa toda la habitación”

Terapeuta: “Para qué está allí el baúl”

Claudia: “Yo lo escondí”

Terapeuta: “¿Cómo son los candados?”

Claudia: “Grandes como del porte de una mano y están atados por cadenas”

Claudia tiene un timbre de voz que parece mostrar seguridad en sí misma, y no siente temor alguno del baúl

Terapeuta: “¿Claudia hoy haz descubierto este baúl casi del tamaño de tu habitación que posee cadenas y candados, quisieras que lo moviéramos de lugar, donde no ocupe mucho espacio y la próxima vez lo miramos con calma?”

Claudia: “No, yo quiero que se quede aquí en mi habitación que es más seguro”

Durante las dos sesiones siguientes se trabajan otros temas diferentes, luego, Claudia describe nuevamente el haber tenido sueños donde se levantaba sudando y salía corriendo en pijama al jardín. Supo expresar a la terapeuta que quería retomar el tema del baúl. La terapeuta nuevamente guía con imaginería hasta el punto dejado la última vez, de manera lenta y pausada.

Claudia: “Sí, dentro de la caja están todas las personas que me calumniaron, hablaron mal de mi y de mi familia, merecen estar allí, merecen pudrirse allí”

Terapeuta: “Merecen este sitio oscuro y frío, lleno de candados, sin posibilidad de escapar”

Claudia: “Comprenda, ellos me hicieron tanto daño que la única forma de sentirme segura es sabiendo que están encerrados”

Terapeuta: “Encerrados, esperando y esperando a que algo los libere, alguien les saque de su encierro, de su encarcelamiento”

La terapeuta a través del entendimiento y conjetura logra que Claudia se ponga en

contacto con su propio encarcelamiento, y empiece a sentir compasión por aquellos encerrados en el baúl. Cuando la terapeuta ve lágrimas caer por las mejillas de Claudia le pregunta

Terapeuta: “Claudia que dicen tus lágrimas”

Claudia: “Siento mucha tristeza por ellos y al mismo tiempo mucha ira, no los quisiera dejar ir”

Nuevamente, la hora de sesión llega a su término y la terapeuta junto con su cliente proceden a dejar en el mismo orden el baúl, los candados, y se toman el tiempo para salir de la habitación.

Terapeuta: “¿Claudia estás de acuerdo en dejar el baúl en la habitación?”

Claudia: “Sí, lo quiero dejar allí”

Terapeuta: “¿Quisieras que en algún momento volviéramos a mirarlo?”

Claudia: “Voy a regresar en algún momento a mirarte. No me voy a olvidar que estás allí”

Pasa aproximadamente un mes, cuando Claudia dice estar lista para abrir la caja y mirar que hay dentro, por tercera vez la terapeuta guía el viaje de imaginación de Claudia hacia el baúl, finalmente cuando lo tiene en frente comienza:

Terapeuta: “¿Claudia, qué sientes ahora cuando estás frente al baúl?”

Claudia empieza a temblar, sus manos se vuelven puños y su cuerpo se tensa, la terapeuta le pide que respire profundamente.

Terapeuta: “¿Claudia, ahora que quisieras hacer?”

Claudia: “Quiero mirar que hay dentro”

Terapeuta: “El baúl tiene candados? Dime cuantos son?”

Claudia: “Son tres”

Terapeuta: “¿Sabes donde están las llaves?”

Claudia: “Las tengo yo” “están guardadas en mi corazón”

Terapeuta: “¿Qué quieres hacer con las llaves?”

Claudia: “Quiero abrir los candados pero están altos”

Terapeuta: “Quieres tomar una silla, un banco...”

Claudia: “Sí, aquí hay uno”

Terapeuta: “¿Quieres abrir el primer candado?”

Claudia procede con todos los candados y las cadenas, mientras continúa subida en el banco empuja la tapa suavemente del baúl hacia arriba, Claudia no abre los ojos, pero lanza un grito de horror, su cuerpo no para de temblar, se lleva las manos al rostro y ahoga el grito entre lágrimas. La terapeuta le pide respirar profundamente (la terapeuta teme haber roto la alianza terapéutica, y piensa que fue muy lejos con el ejercicio)

Terapeuta: “¿Claudia querías saber cómo estaban los encerrados en el baúl, dime ahora qué quieres hacer?”

Claudia: “Quiero volver a poner los candados y las cadenas”

La terapeuta nuevamente procede con el cierre del ejercicio y le pregunta a su cliente si ella quisiera contar como se sintió

Claudia: “Me siento mejor, ya sé quienes están dentro del baúl”

Las sesiones siguientes (alrededor de cinco) la cliente acude a consulta con su pequeña hija la misma que es rescatada por su abuela a media sesión, se tratan temas distintos pero no se vuelve a retomar el tema del baúl. Claudia expresa que últimamente ha estado saliendo con su esposo y sus dos hijos a caminar alrededor del parque, que su esposo está contento y dice “las cosas están cambiando”

Alrededor de dos meses más tarde, Claudia genera la oportunidad de hablar del contenido del baúl.

Claudia: “cuando abrí el baúl, pude encontrar a mi jefa que me difamó, a la Sra. X y a

dos amigas que pensé eran mis amigas, tenían una expresión horrible, y sus ojos hablaban de maldad”

Terapeuta: “¿eso es lo que tanto te asustó?” “Dime como estaban vestidos?”

Claudia: “Llevaban ropa negra y vieja, y no se veían para nada saludables”

Terapeuta: “Han estado mucho tiempo encerrados allí, en ese baúl, y tu has estado mucho tiempo guardando la caja en tu habitación para evitar que escapen”

Claudia: “Siento tristeza y estoy agotada”

Terapeuta: “¿Claudia, que te gustaría hacer con el baúl y las personas que están dentro?”

Claudia: “Ya no tiene objeto que estén dentro, ya no les tengo miedo”

Terapeuta: “¿Suena como si estuvieses dispuesta a dejarlos ir?”

Claudia: “Sí, me parece bien dejarlos ir”

El ejercicio se repite a través de la imaginación hasta llegar al baúl, Claudia procede a abrir la caja y dejar ir a una de las personas con las que el terapeuta marca “*unfinished business*”, en la próxima sesión deja ir a dos más, a continuación el relato de la sesión de asuntos no terminados con la jefa.

Terapeuta: “La Sra. X está sentada frente a ti la puedes ver?”

Claudia: “sí” (la expresión en la cara de Claudia demuestra decepción e ira)

Terapeuta: “¿puedes decirle algo?”

Claudia: “Ud. Es el mismo demonio, como pudo inventar tantas calumnias contra mí, haciendo que todas las personas que me conoce le crean, usted estruyó mi vida y la de mi familia y gracias a usted estoy enferma”

Terapeuta: “Dile, siento iras tan grandes hacia Ud.”

Claudia: “Le tengo tantas iras, cómo puede utilizar su poder para terminar con una persona, con una familia!!”

Terapeuta: “Dile, siento iras y tengo derecho a expresarme y decir cómo fueron las cosas, yo también tengo poder”

Claudia: “Estoy furiosa, y quiero hablar de los negocios fraudulentos que Ud. hacía”

Terapeuta: “Puede decir otra vez, estoy furiosa pero me doy cuenta que tengo poder también”

Claudia: “Estoy furiosa porque trabajé para Ud. con entrega, yo formé la cartera de clientes que Ud. no tenía, yo le daba haciendo el dinero, que no sabía como le llegaba, o como se tenía que hacer”

Claudia: “No solamente se deshizo de mi, sino que inventó una historia acerca de que yo le había robado, y todos le creyeron. ¿Cómo pudo destruir una vida?”

Terapeuta: “Dile lo que necesitas de ella”

Claudia: “Necesito que acepte que Ud. se inventó, que me devuelva la posibilidad de encontrar un trabajo y de sanar”

Terapeuta: “Quiero que reconozca que hizo mal”

Claudia: “Aquí estoy enferma resultado de sus ataques, no la perdono y quiero que reconozca que Ud. mintió”

Terapeuta: “Desprecio tu comportamiento falso”

Claudia: “Desprecio la falsedad, desprecio tu poder, no confío más en ti”

Terapeuta: “Dile, estoy furiosa que no fuiste leal conmigo me desechaste y enfermaste”

Claudia: “Me echaste del trabajo y me hundiste con tus calumnias”

Terapeuta: “Dile lo que necesitas”

Claudia “Yo necesito que reconozca mi trabajo, se de cuenta lo que hice por Ud., que me demuestre lealtad y respeto”

Terapeuta: “¿Cómo te hubiese gustado que te demostrara lealtad y respeto?”

Claudia: “Pudo haber liquidado mi sueldo, y dejarme ir, sin inventar historias”

Claudia: (pasa a la otra silla) “Siento mucho el haberte tratado así, me dijeron que habías vendido mi cartera de clientes, y yo les creí, debí haber hablado contigo, fuiste muy buena haciendo tu trabajo, espero soluciones tu problema de salud”

Terapeuta: “¿Cómo te sientes ahora?”

Claudia: “Siento tristeza por ella, por la vida que lleva, tal vez nunca puedas estar en paz, yo te quiero decir que yo puedo ir a donde quiera con mi frente en alto, yo no le debo nada a nadie, lo único que pido es no volverme a cruzar con gente como ella, que no es leal y abusa del poder.

Las continuas expresiones de haber sido humillada y calumniada, estaban mezcladas con terror. Claudia expresó haberse sentido traicionada y rechazada en su círculo más cercano de trabajo y vecindad. Ella fue tratada como “deshonesta”, lo que paralizó las relaciones con todas las personas a su alrededor. Claudia llegó a internalizar estas creencias acerca de merecer “ser rechazada” y de vergüenza. Por lo que decidió recluirse en su casa con su familia y con el recuerdo de las personas que le habían causado daño.

Claudia expresó que ella no se arriesgaba a encontrarse frente a frente con estas personas porque se sentiría avergonzada e insignificante. La terapeuta pudo concluir que Claudia había intentado cortar cualquier contacto con el mundo exterior como una manera de proteger su *self*.

No hay salida

Con Claudia se procede a identificar dos aspectos de su *self* bastante definidos, uno es el que habla de Claudia madre, dedicada al rol de cuidar de su hogar y su familia, que a menudo lo sacrifica todo por todos, incluso ella misma con el fin de que su esposo haga carrera en la empresa donde trabaja. Por el otro lado esta la Claudia (*Split*) que necesita terminar una carrera inconclusa, trabajar y lograr una independencia sobre todo financiera. A

continuación el diálogo del *Self-interruption Split* con el fin de lograr un empoderamiento.

Claudia (madre): “¿Por qué no te conformas? Tienes dos hijos saludables, su sonrisa debería ser suficiente para ti, en casa no te falta nada”

Claudia (*Split*): “No me conformo, no puedo creer que esto sea todo lo que hay para mi vida (se refiere a ser ama de casa), yo soy capaz, puedo alcanzar a terminar mi carrera, tener un trabajo

Terapeuta: “Dile, yo tengo derecho alcanzar lo que quiero en la vida”

Claudia (*Split*): “Yo tengo todo el derecho de hacer de mi vida algo digno, dejar una huella, alcanzar mis sueños, tengo esperanzas muy altas, y esto que sucede en mi vida me abruma, me cansa es un pantano y me resta energía”

Terapeuta: “Mis brazos, mis piernas, están cansadas mi mente está agotada de pedirte que dejes esa posición y luches por ser alguien más”

Claudia (*Split*): “Necesito que me ayudes, que me escuches lo que yo quiero, estoy cansada de repetir que quiero mi independencia”

Claudia (madre): “Es verdad, tu tienes toda la capacidad de hacerlo, me doy cuenta ahora que yo también estoy cansada de decirte que dejes las cosas como están, pero tu eres más fuerte, y te quiero pedir que no te canses y que sigas luchando. Yo también estoy agotada al querer ser feliz de la manera que vivo, pero no es suficiente”

Claudia (*Split*): “Te pido que nos tomemos un tiempo las dos, deja a tu esposo y a tus hijos y lleguemos a un acuerdo, necesito descansar, esto ya es bastante”

Claudia (madre): “Estoy de acuerdo contigo, todo el tiempo cuido de los demás, pero es tiempo de hacer tiempo para mi”

Los dos *splits* logran identificarse el uno con el otro y surge el apoyo requerido y se crea una relación nueva entre los dos. La cliente se siente empoderado a través del reconocimiento de su *Split* y de la fuerza que conlleva el mismo. Por otra parte, la

resignación se convierte en acción con una nueva meta para Claudia, escuchar más atentamente lo que ella realmente quiere y necesita para su vida.

Para comprobar la efectividad de la terapia enfocada en la emoción y aplicada a la cliente diagnosticada con esquizofrenia, se tomó la prueba de el Inventario de Síntomas de Derogatis. La prueba fue administrada dos veces una al principio de la terapia y otra en la sesión 20. La cliente recibió 21 sesiones enfocadas en la emoción y ha pedido continuar reuniéndose una vez por mes, lo que se está cumpliendo. La cliente sigue recibiendo ayuda psiquiátrica y medicación. Los datos obtenidos en la sesión 20 indican que la intervención ha resultado muy positiva después del proceso terapéutico así el índice de severidad total que representa el nivel actual del trastorno en donde se combina el número de síntomas y el malestar psíquico pasó de 3,94 a 1,73. Por otro lado el índice de malestar sintomático positivo que en el primer test marcó 3,98 bajó a 1,75. Las áreas donde Claudia mostró puntajes en el primer test de forma elevados fueron somatización, obsesiones, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica e ideación paranoide. Es importante señalar que después del proceso terapéutico los campos donde se obtuvo índices más bajos fueron somatización, ansiedad, psicoticismo, ideación paranoide y hostilidad, seguido de depresión y sensibilidad interpersonal.

Con respecto a los puntajes T los que estuvieron por debajo de 63 son el de somatización (1) depresión (1,92) obsesiones (2,17) ansiedad clínica 1,2) ideación paranoide (1,83) y el IMSP (2,08), los puntajes que se encontraron por encima de los puntajes T son: sensibilidad interpersonal (2) hostilidad (1,83) Psicoticismo (1,60 IGS (1,73) y TSP (75).

Tabla 1. Tabla de Puntajes T normalizados Femenino Adultos

	Som	Obs	Si	Dep	Ans	Hos	Fob	Par	Psic	IGS	TSP	IMSP
Puntaje T = 63	1,83	2,10	1,67	2	1,80	1,67	1,14	2	1,10	1,62	62	2,53
Pre-Test	4	4,2	3,88	4	4	4	4	4	3,8	3,94	89	3,98
Pos-Test	1	2,7	2	1,92	1,2	1,83	2,14	1,83	1,60	1,73	75	2,08

Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil 90) lo que indica que una persona está en riesgo. En el pos-test se puede observar que la sensibilidad interpersonal (2) hostilidad (1,83) ansiedad fóbica (2,14) psicoticismo (1,60) el índice de severidad global (1,73) y el total de síntomas positivos (75) se encuentran por encima de los puntajes T normalizados; por tanto, en cuanto a estos síntomas la cliente todavía se encuentra en riesgo.

Los valores brutos TSP superiores a 71 indican un malestar exagerado o dramatización. De igual forma el IMSP mayor a 3,50 en adultos indica un dramatismo extremo. Un segundo test utilizado fue el Inventario de Alianza Terapéutica (versión cliente) el cual mide las posibles formas que la gente en terapia puede sentirse o pensar respecto al otro. La cliente reportó 18 puntos de 27 en el área de tareas, esto quiere decir que en la mayoría de veces sabía el objetivo de la terapia y su aprovechamiento. Por otro lado la cliente reportó 42 puntos de 45 en el área de vínculo con la terapeuta, el mismo que quiere decir que ella tenía confianza y respeto en las habilidades del terapeuta, que existía una aceptación incondicional y un vínculo fuerte con la terapeuta. En el área de objetivo la cliente obtuvo un puntaje de 16 sobre 26 y quiere decir que la cliente tenía claro la mayor parte de tiempo de cuales eran las metas del proceso y sabía que esperar como resultado de la terapia.

Al momento de terminar esta tesis, Claudia sigue asistiendo una vez por mes a terapia, sigue siendo ama de casa y se dedica a sus dos hijos y esposo, sin embargo ella quiere seguir adelante con su sueño de terminar el último año de carrera en administración de

empresas y conseguir un buen trabajo que le provea de ingresos suficientes para lograr su independencia económica. Claudia hizo un buen recorrido desde el día que llegó a terapia comenzando con una realidad confundida con la imaginación, las emociones y deseos propios los había dejado atrás para sobrevivir en un mundo impuesto por ella misma, donde el ostracismo era el carácter predominante.

En la sesión 22 expresa estar agotada de brindar atención y cuidado a los demás que necesita un tiempo para pensar, habiendo marcado la terapeuta un *Self-interruption Split*, la paciente llega a ponerse de acuerdo con que necesita una pausa en su vida, para descansar y tomar decisiones sobre su futuro, sin incluir al resto de personas.

Importancia del estudio

Este estudio puede contribuir aquellos terapeutas interesados en saber como funciona la terapia enfocada en la emoción con un paciente con esquizofrenia, de los efectos que tiene la atención incondicional positiva, empatía y autenticidad por parte del terapeuta en un contexto seguro como es la sesión de terapia. Por otra parte, la importancia de las emociones como guía interna para que los clientes puedan hacer elecciones satisfactorias para su vida. El cliente con esquizofrenia que se debate entre la realidad y la fantasía no es sino otro ser humano con las mismas circunstancias que los demás. En cierto momento él dejó de integrar las emociones de las experiencias sentidas y formó esquemas desadaptativos los mismos que utiliza de forma consciente o inconsciente en el presente. Una vez integrada “la voz”, los síntomas positivos y negativos empiezan a disminuir, no todos en la misma proporción puesto que unos son más propios de la enfermedad. Los clientes con esquizofrenia se beneficiarán ampliamente de terapeutas humanistas entrenados en la EFT.

CAPITULO 5: CONCLUSIONES

Respuesta a la pregunta de investigación

La esquizofrenia afecta a 24 millones de personas alrededor del mundo, el 90% de las personas no tratadas se encuentran en países en desarrollo (OMS). La esquizofrenia conlleva disfunciones en una o más de las áreas principales de actividad como las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios o el cuidado de sí mismo; temas que son usuales en terapia incluso para pacientes que no han sido diagnosticados con esquizofrenia (DSM-IV-R, 2005).

Tanto la EFT como Rogers, postulan que hay una tendencia en los individuos al crecimiento y al desarrollo, en el caso de la EFT ocurre que las personas no sólo se orientan a la actualización sino que las ve orientadas hacia el desarrollo de lo complejo y viable para poder adaptarse a su medio ambiente (Greenberg, 2011). Rogers habla de la existencia de una motivación para a la actualización, que es ganar el respeto y consideración de los demás que conecta los sentimientos de valía con el auto-concepto en aquello que “debo ser” a los ojos de los demás (Greenberg, 2011).

Cuando un conflicto surge entre la tendencia a actualizarse y la necesidad de mantener el auto-concepto y la aceptación por parte de los demás, una solución para el individuo es “negar o distorsionar” la conciencia de su experiencia real (Greenberg, 2011).

La motivación de Claudia según expresa en las diferentes sesiones de terapia fue ser siempre “la mejor”, y posiblemente en ciertos momentos de su vida logró ciertos méritos, pero el abandono de sus padres en su niñez no le aportó el suficiente conocimiento para enfrentar su medio ambiente. A pesar de sus grandes esfuerzos por lograr reconocimiento, la soledad y no aceptación era su mayor reto.

Para Claudia la sumisión y el auto-sacrificio era la fórmula para ganar el respeto y consideración de los demás, al punto que su valía y auto-concepto era un reflejo otorgado por las personas que atravesaron su vida, el rechazo y el abandono de las personas en las que ella tenía confianza constituía su derrumbamiento.

Una manera de proteger su valía como persona cuando surgían amenazas de abandono o rechazo era sobre trabajar hasta el agotamiento o negar la experiencia real. El negar o distorsionar la realidad expone a la cliente a un grado de disfunción psicológica (Greenberg, 2011), en el caso de Claudia las alucinaciones. Otra opción para mantener la consistencia no dicha por Rogers pero explicada por la EFT, es el ataque a sí misma, atacar a otros, o negar la necesidad de aceptación por parte de los demás.

En el caso de Claudia, ella rechazaba la parte de su *self* que no podía ser aceptada por los demás. Le era necesario controlarla, anularla, o encerrarla la cual termina transformándose en alucinaciones. Estas alucinaciones constituyen la parte negada de su realidad como el caso del baúl que existía escondido en su habitación con todas las personas que le habían hecho daño. A su vez, ella decidió que era necesario cuidar de él para que no escaparan, día y noche lo que originó su ostracismo y encarcelamiento. La ansiedad que Claudia experimentaba por su auto-impuesto encierro llegó a niveles insufribles.

El proceso básico de la EFT para tratar un desorden de ansiedad es trabajar con la ansiedad que produce el *Split*. En el caso de Claudia, fue fundamental llegar al esquema central desadaptativo de inseguridad, a menudo basados en el miedo al abandono y el sentirse inadecuada son dos esquemas centrales que son abordados en *unfinished business* (Greenberg, 2011). Básicamente el entrar a la ira y el auto-calmarse ayudan a deshacer el miedo (Greenberg, 2011).

Claudia fue entregada a sus tíos el momento de nacer por parte de su madre, sus tíos se convirtieron en sus padres adoptivos, a los cinco años su madre volvió a buscarla y la

arrancó de los brazos de su familia adoptiva para luego volverla abandonar en un internado de monjas, el abuelo la recoge de este sitio a los 15 años para que le ayudara en los quehaceres de la casa, a cambio de que ella siga estudiando.

Durante la terapia se marcó *unfinished business* con sus padres, con su tía, y con cada persona encerrada en el baúl imaginario, el mismo que representaba los aspectos que rechazaba y no aceptaba en ella misma, por último su esposo quien no se encontró para apoyarla en su hospitalización por aborto.

Curiosamente todas las personas le servían como confirmación de su valía y auto-concepto, las emociones y reacciones en terapia fueron difíciles de experimentar, especialmente la ira, por otro lado Claudia carecía de la habilidad de auto-calmarse por lo que en terapia hubo que ser entrenada.

La EFT se construye en una genuina relación empática, donde las condiciones Rogerianas esenciales de comunicación y entendimiento se cumplen junto con la creación de una alianza terapéutica (Greenberg, 2011). El entendimiento empático es visto como la habilidad del terapeuta para entender al cliente, por otro lado la cliente también tiene que sentirse comprendida por su terapeuta, las dos maneras son de importancia capital porque se encuentran asociados con resultados positivos y es considerada una condición básica relevante en la terapia humanista y EFT (Cain, 2001).

Claudia durante el tiempo que asistió a terapia supo mantener un compromiso total con respecto a su proceso, expresó sentir que “le hacía bien” asistir a las sesiones en las que se sentía con total libertad para ser ella misma. Autenticidad y congruencia por parte del terapeuta significa que el terapeuta se encuentra en contacto con sus sentimientos y pensamientos con respecto al cliente y la situación terapéutica (Cain, 2001). El terapeuta no evita o niega este importante hecho pero lo percibe y lo usa de forma terapéutica (Cain, 2001).

La terapia con Claudia fue un proceso en donde se expusieron temas controversiales tanto para la cliente como para el terapeuta como la masturbación frente a otros, el aborto y el suicidio todos ellos fueron tratados con la mayor apertura y calma sin emitir juicios propios por parte del terapeuta y con la disposición plena para explorarlos y expresarlos.

Tanto el proceso del terapeuta como el del cliente conforman la alianza terapéutica (Cain, 2001). El terapeuta contribuye a la alianza con su presencia o contacto, es decir el terapeuta promueve el proceso, da comienzo a las intervenciones y muestra interés y por otra parte toma una posición negociadora tomando en cuenta los intereses de ambos (Cain, 2001).

Con respecto a la alianza terapéutica, la terapeuta activó las intervenciones que marcaba en el tiempo adecuado y siempre con el acuerdo por parte del cliente. Las intervenciones sobre un tema no fueron hechas de forma consecutiva, sino que hubo que esperar a veces 3 o 4 sesiones intermedias para volver a retomar los temas. Cabe indicar que en una de ellas la cliente sufrió un ataque de pánico, en donde se aplicaron la técnica de respiración.

Conclusiones de la terapeuta

El objetivo de la terapia para la terapeuta fue brindar apoyo a Claudia en todas las áreas de su vida, permitirle acercarse a ellas y aprender que puede esperar de las relaciones interpersonales con familia y amigos, aceptarlos y aceptarse con todas sus inseguridades, y que no siendo la mejor puede aun seguir aspirando a realizar sus sueños. Por otra parte la terapeuta cree haber entendido que los objetivos de la cliente fueron, dejar de ser una carga para su familia con su diagnóstico, poder distinguir la realidad de lo imaginario, dejar el encierro atrás para poder caminar por el parque junto a su familia sin perder la conciencia, retomar su carrera y ser financieramente independiente.

Las ideas delirantes y alucinaciones auditivas durante las 21 sesiones de terapia se repitieron por una sola vez más. Claudia pudo volver a retomar una relación sana con sus

padres, se expresaba satisfecha al poder cuidar de mejor manera a su familia y empezó a inventariar aquellas cosas que le hacían falta como mujer. El aplanamiento afectivo se convirtió en tristeza y esta en ira, la misma que le llevó a invertir más en sus deseos y sueños a corto y largo plazo.

Limitaciones del estudio

Una limitación importante de este estudio es que el Inventario de Síntomas de Derogatis, está basado en un auto-reporte donde se evalúa patrones de síntomas en los individuos los mismos que pueden distorsionarse, exagerarse o dramatizarse. Por el mismo orden de cosas los pacientes que están poco conectados con su experiencia emocional o carecen de plena conciencia de su patología pueden obviar la severidad de sus síntomas, tal es el caso de los pacientes que sufren esquizofrenia.

En el caso de Claudia por los índices marcados en el pre-test por sobre 3,50 se puede presumir que existió un dramatismo exagerado. Por otro lado, la medicina psiquiátrica prescrita fue administrada a partir de mayo del 2011, llegando Claudia a consulta terapéutica el 15 de septiembre del 2011. El psiquiatra atribuye la mejoría de Claudia tanto al tratamiento farmacológico como a la terapia psicológica para reducir los síntomas psicóticos y aquellos que prevalecen después del brote. Sin embargo, no se puede evaluar en que porcentaje ha sido la contribución de las dos terapias. La medicación ha sido administrada a lo largo del tiempo salvo ciertas variaciones ligeras en los ansiolíticos prescritos.

Recomendaciones para futuros estudios

Mediante el proceso del estudio de caso y tesis se logró cumplir el objetivo específico que fue tratar a una paciente con esquizofrenia a través de la EFT como terapia humanista. La terapia no hubiese sido posible sin el apoyo del marco teórico que fue una guía para atender de forma acertada las preocupaciones de la cliente. A través de la terapia EFT se ha logrado

la remisión de síntomas psicóticos a la fecha, sin haber descartado el tratamiento farmacológico.

Se recomienda una hora extra de terapia individual o de grupo a la semana para desarrollar habilidades sociales en la clienta, de esta manera complementar su tratamiento y facilitar el contacto con personas como un ejercicio aplicarse a la vida real.

Es necesario una terapia familiar mensual con los familiares de la cliente para facilitar psico educación y terapia grupal, al mismo tiempo que el terapeuta pueda recibir el suficiente *feedback* de los miembros de la familia y de cómo ellos se sienten afectados por el trastorno. Se recomienda finalmente realizar entrevistas telefónicas con el psiquiatra que prescribe la medicación por lo menos una vez por mes, para relacionar variaciones en la medicación y su efecto en los estados de ánimo de la clienta.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-R*. Washington, DC: American Psychological Association
- Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N. & Grant, P. (2009) *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy*, New York: Guilford Press. Documento descargado el 23 Mar. 2012 de:
http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=xFKRXNv8thQC&oi=fnd&pg=PR1&dq=cognitive+theory+and+schizophrenia&ots=P1v7KzOHgL&sig=TWywwRweU8cc198kQuI-wKdGLU&redir_esc=y#v=onepage&q=cognitive%20theory%20and%20schizophrenia&f=false
- Caballero, F., Fresán, A., Palacios, J., & Rodríguez-Verdugo, S. (2007). Anomalías físicas menores y esquizofrenia. *Salud Mental*, 30(5), 12-19. Web. 22 Feb. 2012. Document URL
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=27828604&lang=es&site=ehost-live>
- Fowler, J.C., & Calenza, A. (2008). Altering psychotic processes: Integrated psychoanalytic treatment of a schizophrenic patient. *Modern Psychoanalysis*, 33(1).
- Greenberg, L.S. (2010) *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association,
- Greenberg, L.S. (2011) *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L.S. (2012) Taller 2: emotion-focused therapy level 2 training for working with individuals. Documento no publicado. Ecuador, Quito: Universidad San Francisco de Quito.
- Hogarty, G. E. & Wieland, M. (2005). Weak Ties and Schizophrenia: Promise and problems. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 68(3), 230-235. Documento descargado el 13 de mar. 2012 de:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=18753361&lang=es&site=ehost-live>
- Ingelmo, J., Ramos, M.I. & Muñoz, F. (1997) Psicoterapia psicoanalítica psicofármacos en el tratamiento de pacientes psicóticos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17(63), 393-401. Documento descargado el 13 Mar. 2012 de:
<http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1997/revista-63/02-psicoterapia-psicoanalitica-y-psicofarmacos.pdf>
- Kamnasaran, D. (2003). Genetic analysis of psychiatric disorders associated with human chromosome 18. *Clinical & Investigative Medicine*, 26(6), 285-302. Web. 13 Mar. 2012. Documento descargado el 13 Mar. 2012 de:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=11698510&lang=es&site=ehost-live>

- Kellog, S. (2004). *Psychoteraphy: Research, theory, practice, training*.
Perspectivas contemporáneas sobre “el trabajo con sillas” en la psicoterapia.
Documento descargado el 10 Mar. 2012 de:
<http://transformationalchairwork.com/articles/encuentros-dialogicos/>
- Kurtz, M.M., & Mueser, K.T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 76, 491-504. Documento descargado el 23 Mar. 2012 de:
<http://www.brown.uk.com/schizophrenia/kurz.pdf>
- Linares, J.L. (2006). *Terapia familiar y de pareja*. En A.S Roizblatt (Ed.), *Una visión relacional de los trastornos de personalidad* (pg. 166-178). Santiago, Chile: Roizblatt.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Temas de salud esquizofrenia*. Documento descargado el 10 Feb. 2012 de: <http://www.who.int/topics/schizophrenia/es/>.
- Robles, J. I., Rodriguez, J.M. & Fernandez M.E. (2002). SCL-90-R: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles, *Psicopatología Clínica, Legal y forense*, 2(1), 5-19
- Sawicka, M., Osuchowska, A., Waniek, J., Kosznik, K. & Meder, J. (2009). The phenomenon of dual diagnosis in the light of attachment theory - a case study. *Archives Of Psychiatry & Psychotherapy*, 11(4), 57-62. Documento descargado el 10 Mar. 2012 de:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=47480524&lang=es&site=ehost-live>
- Traynor, Wendy, Elliott, Robert, Cooper & Mick (2011). Helpful factors and outcomes in person-centered therapy with clients who experience psychotic processes: Therapists’ perspectives. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 10(2), 89-104. Documento descargado el 10 Feb. 2012 de:
<http://strathprints.strath.ac.uk/27399/1/strathprints027399.pdf>

ANEXOS A: SCL-90 INVENTARIO DE SÍNTOMAS L.R. DEROGATIS

Adaptación USFQ

Nombre:

Edad:

Fecha de hoy:

Educación:

---Primaria incompleto ---Secundaria incompleto ---Superior incompleto

---Primaria completo ---Secundaria completo ---Superior completo

Estado Civil

---Soltero ---Divorciado ---Viudo/a ---Casado ---Separado

---En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación hay una lista de problemas que tiene la gente

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

Durante la última semana (7 días)

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

Nada-muy poco-poco-bastante-mucho

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

		nada	Muy	Poco	Poco	bastante	Mucho
1.	Dolores de cabeza						
2.	Nerviosismo						
3.	Pensamientos desagradables que no se Iban de mi cabeza						
4.	Sensación de mareo o desmayo						
5.	Falta de interés en relaciones sexuales						
6.	Crítico a los demás						
7.	Siento que otro puede controlar mis pensamientos						
8.	Siento que otros son culpables de lo que me pasa						
9.	Tengo dificultad para memorizar las cosas						
10.	Estoy preocupado por mi falta de ganas para hacer algo						
11.	Me siento enojado, malhumorado						
12.	Dolores en el pecho						
13.	Miedo a los espacios abierto o a las calles						
14.	Me siento con muy pocas energías						
15.	Pienso en quitarme la vida						
16.	Escucho voces que otras personas no oyen						
17.	Temblores en mi cuerpo						
18.	Pierdo la confianza en la mayoría de las personas						
19.	No tengo ganas de comer						
20.	Lloro por cualquier cosa						
21.	Me siento incomodo con personas del otro sexo						
22.	Me siento atrapado o encerrado						

23.	Me asusto de repente sin razón alguna					
24.	Exploto y no puedo controlarme					
25.	Tengo miedo a salir solo de casa					
26.	Me siento culpable por cosas que ocurren					
27.	Dolores en la espalda					
28.	No puedo terminar las cosas que empecé hacer					
29.	Me siento solo					
30.	Me siento triste					
31.	Me preocupo demasiado por todo lo que pasa					
32.	No tengo interés por nada					
33.	Tengo miedos					
34.	Me siento herido en mis sentimientos					
35.	Creo que la gente sabe lo que estoy pensando					
36.	Siento que no me comprenden					
37.	Siento que no caigo bien a la gente, que no les gusta					
38.	Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que están bien hechas					
39.	Mi corazón late muy fuerte se acelera					
40.	Náuseas o dolor de estómago					
41.	Me siento inferior a los demás					
42.	Calambres en manos, brazos y piernas					
43.	Siento que me vigilan o hablan de mi					
44.	Tengo problemas para dormirme					
45.	Tengo que controlar una o más veces lo que hago					
46.	Tengo dificultades para tomar decisiones					

47.	Tengo miedo de viajar en tren, bus, metro o subterráneos					
48.	Tengo dificultades para respirar bien					
49.	Ataques de frío o de calor					
50.	Tengo que evitar acercarme algunos lugares o actividades porque me dan miedo					
51.	Siento que mi mente queda en blanco					
52.	Hormigueos en alguna parte del cuerpo					
53.	Tengo un nudo en mi garganta					
54.	Pierdo las esperanzas en el futuro					
55.	Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo					
56.	Siento flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo					
57.	Me siento muy nervioso, agitado					
58.	Siento mis brazos y piernas muy pesados					
59.	Pienso que estoy por morir					
60.	Como demasiado					
61.	Me siento incómodo cuando me miran o hablan de mi					
62.	Tengo ideas, pensamientos que no son solo míos					
63.	Necesito golpear o lastimar a alguien					
64.	Me despierto muy temprano por la mañana sin necesidad					
65.	Repito muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas					
66.	Duermo con problemas, muy inquieto					
67.	Necesito romper o destrozar cosas					
68.	Tengo ideas, pensamientos que los demás no entienden					
69.	Estoy muy pendiente de lo que los otros puedan pensar en mi					
70.	Me siento incómodo en lugares donde hay mucha gente					

71.	Siento que todo me cuesta mucho esfuerzo					
72.	Tengo ataques de mucho miedo o de pánico					
73.	Me siento mal si como o bebo en publico					
74.	Me meto muy seguido en discusiones					
75.	Me pongo nervioso cuando estoy solo					
76.	Siento que los demás no me valoran como merezco					
77.	Me siento solo aun estando con gente					
78.	Estoy inquieto; no puedo estar sentado sin moverme					
79.	Me siento un inútil					
80.	Grito o tiro las cosas					
81.	Grito o tiro cosas					
82.	Tengo miedo a desmayarme en medio de la gente					
83.	Siento que se aprovechan de mi si lo permito					
84.	Pienso cosas sobre el sexo que me molestan					
85.	Siento que debo ser castigado por mis pecados					
86.	Tengo imágenes y pensamientos que me dan miedo					
87.	Siento que algo anda mal en mi cuerpo					
88.	Me siento alejado de las demás personas					
89.	Me siento culpable					
90.	Pienso que en mi cabeza hay algo que no funciona bien					