

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Terapia Centrada en la Emoción aplicada en una persona con síntomas
depresivos**

María Emilia Moya Villalba

Teresa Borja, Ph.D., Directora de Tesis

Tesis de grado presentada como requisito
para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, mayo de 2014

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

**TERAPIA CENTRADA EN LA EMOCIÓN APLICADA EN UNA PERSONA CON
SÍNTOMAS DEPRESIVOS**

María Emilia Moya Villalba

Teresa Borja, Ph.D
Director de la tesis

Ana María Viteri, Ph.D
Miembro del Comité de Tesis

Dr. Jorge Flachier
Miembro del Comité de Tesis

Cármén Fernandez, Ph.D
Decano del Colegio de
Ciencias Sociales y Humanidades

Quito, mayo de 2014

© DERECHOS DE AUTOR

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

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

Firma:

Nombre: María Emilia Moya Villalba

C. I.:171415230-1

Fecha: Quito, mayo de 2014

DEDICATORIA

A mis padres, quienes me han demostrado su apoyo a lo largo de toda mi carrera y han sido mi motor de vida.

AGRADECIMIENTOS

Un sincero agradecimiento a Teresa Borja, mi profesora y directora de tesis, a quien admiro y estimo.

A mis compañeras de carrera y a mi familia, por acompañarme durante este proceso.

A Ismael, por su ayuda y paciencia a lo largo de este proceso.

A Dios, por darme la fuerza necesaria para concluir mis estudios universitarios.

RESUMEN

La presente investigación se basa en un estudio de caso. Se investiga los efectos de un proceso terapéutico basado en Terapia Focalizada en la Emoción (EFT por sus siglas en inglés) en una persona con síntomas depresivos que se presenta en consulta por su preocupación ante su falta de concentración y memoria. La cliente es una mujer joven que se encuentra realizando sus estudios universitarios. Más adelante, tanto la consultante como la terapeuta, identifican un estado depresivo como base de los problemas reportados.

El objetivo principal del proceso terapéutico es disminuir los síntomas depresivos lo cual como consecuencia, facilitaría la resolución de otros síntomas cognitivos reportados por la cliente como son la falta de concentración y memoria. Para que esto sea posible, se plantea principalmente que la consultante debe hacer contacto con sus emociones para que pueda aceptarlas, explorarlas y si es necesario transformarlas.

El proceso terapéutico realizado permitió que la cliente entre en contacto con emociones tales como la ira, la vergüenza, la culpa y la tristeza y muestre cambios a nivel emocional como la aceptación y transformación de las mismas como también la disminución de síntomas depresivos lo cual es visible en los resultados obtenidos mediante la aplicación del inventario de síntomas scl-90 el cual mostró disminución en las escalas que miden depresión y ansiedad. Así también la intervención terapéutica ayudó a combatir la falta de concentración y memoria reportados por la cliente lo cual fue evidente tras los logros académicos obtenidos por la consultante.

ABSTRACT

This research is based on a case study. The effects of a therapeutic process based on Emotional Focused Therapy (EFT) in a person with depressive symptoms presented in consultation with the concern about her lack of concentration and memory is investigated. The client is a young woman who is pursuing her university studies. Later, both the consultant and the therapist identified a depressive state as the basis of the reported problems.

The main objective of the therapeutic process is to lower depressive symptoms that, as a result, will facilitate the resolution of other cognitive symptoms reported by the client such as lack of concentration and memory. For this to be possible it is suggested that the consultant get in touch with her emotions so she can accept, explore and transform them if necessary.

This therapeutic process allowed the consultant to get in touch with her emotions such as anger, shame, guilt and sadness and show emotionally changes such as the acceptance and processing of the same. There where also a decrease on depressive symptoms which is visible in the results obtained by applying the inventory of symptoms SCL-90 which showed decrease in scales measuring depression and anxiety. Well as therapeutic intervention helped combat the lack of concentration and memory reported by the client which was evident after the academic achievements of the consultant.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	7
Abstract.....	8
Introducción al problema	10
Antecedentes.....	11
El problema	13
Hipótesis	16
Pregunta(s) de investigación.....	16
Contexto y marco teórico	16
Definición de términos	17
Presunciones del autor del estudio	19
Supuestos del estudio	20
Revisión de la literatura	21
Géneros de literatura incluidos en la revisión	21
Pasos en el proceso de revisión de la literatura	21
Formato de la revisión de la literatura	21
Metodología y diseño de la investigación	49
Justificación de la metodología seleccionada.....	49
Herramienta de investigación utilizada	50
Descripción de participantes	51
Fuentes y recolección de datos	52
Análisis de datos.....	53
Detalles del análisis	53
Importancia del estudio	81
Resumen de sesgos del autor	82
Conclusiones.....	83
Respuesta a la pregunta de investigación	83
Limitaciones del estudio.....	85
Recomendaciones para futuros estudios.....	85
Resumen general.....	86
Referencias	87
ANEXOS.....	91

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

La falta de concentración y problemas de memoria son frecuentemente traídos a consulta por varios clientes. En la mayoría de casos estos problemas se ven asociados y tiene como raíz distintos procesos de carácter emocional que no han sido tratados ni explorados lo que va agravando el problema, afectando su vida diaria (Goodale, Kline, y Park, 2007). Los problemas emocionales afectan a la persona y provocando que existan problemas a nivel social, emocional y cognitivo impidiendo que la persona tenga salud mental y desarrolle herramientas que le permitan vivir en contacto con sus emociones de tal manera que estas no sean un factor de riesgos ante la estabilidad emocional si no que por el contrario, le permita a la persona el desarrollo en todos los ámbitos (Liverant, Brown, Barlow y Roemer, 2008). Por este motivo ponerse en contacto con las emociones es de suma importancia en un proceso terapéutico, más aun cuando se tiene problemas de depresión que necesita de una concientización y aceptación de los sentimientos que se ven involucrados en este estado emocional (Liverant, et al. 2008).

Siendo este el problema de la persona en cuestión, se aplica el proceso terapéutico en la Terapia Focalizada en la emoción (EFT, por sus siglas en inglés) que es una corriente terapéutica que tiene investigación que muestra efectividad terapéutica en casos de depresión y que considera como factor más importante al rol de las emociones para que exista un cambio psicoterapéutico (Greenberg y Watson, 2006 y Greenberg, 2010).

Antecedentes

Información de la cliente

Se presenta en consulta una mujer universitaria. Viene a consulta porque reporta sentirse desmotivada y haber perdido una materia de su carrera lo cual la tiene preocupada. Por otro lado le gusta mucho escribir y leer, estas han sido siempre las actividades favoritas de ella pero reporta que actualmente ha perdido el interés y la motivación, principalmente por las dificultades que tiene para concentrarse y para recordar lo que esta leyendo. Practicó artes marciales durante mucho tiempo, sin embargo, ha dejado de hacerlo por su falta de motivación. Viste informalmente, con ropa y zapatos de deporte y camisetas flojas.

Actualmente presenta rasgos de trastorno depresivo e insomnio lo cual la ha llevado a desarrollar problemas de concentración y de memoria, que han afectado sus estudios llevándole a sentirse desmotivada, cansada y con desesperanza sobre su vida en general; además de tener una sensación de frustración con ella misma por todo lo anteriormente mencionado. Conjuntamente, su situación actual la ha llevado a estar en un estado anímico en el que le es difícil identificar los aspectos positivos de su vida como son el encontrarse bien de salud, tener un trabajo y encontrarse estable económicamente. Así también su estado depresivo le dificulta identificar sus habilidades, sus metas y sus gustos, aunque su manera de expresarse y sus logros académicos hacen evidente su inteligencia y sus capacidades intelectuales. También muestra una baja autoestima y dificultad para identificar sus emociones que se hace evidente al momento en que se le pide hablar sobre las mismas ante las situaciones que trae a sesión. Esto no sucede cuando se trata de los pensamientos, ya que desde un comienzo la cliente es muy hábil para identificar sus pensamientos que son expresados en su narrativa durante las sesiones.

Historia personal

La cliente reporta que no tiene muchos recuerdos de su niñez. Nunca conoció a su padre ya que él los abandonó antes de que ella naciera. Recuerda que vivió con sus abuelos durante algunos años y que durante este tiempo veía a su madre únicamente los fines de semana. Los fines de semana eran los mejores momentos para ella ya que compartía con su madre, con quien reporta que se sentía contenta y a gusto. Menciona que recuerda el momento que su madre se marchaba era muy duro para ella y que la extrañaba mucho durante la semana. También recuerda que su abuela la sobreprotegía mucho lo cual, según ella, hizo que perdiera la confianza de contarle sobre sus actividades de diversión con sus compañeros en la escuela.

Alrededor de sus 10 años tuvo que dejar el campo y movilizarse a la ciudad, a vivir con su madre quien para ese entonces, tenía una relación seria con un hombre del que la consultante no recuerda mucho pero menciona que era bueno con ella. Cuando su madre se quedó embarazada de su hermano menor, la pareja de su madre quiso contraer matrimonio a lo que la madre se negó y por lo que el abandono el hogar. Así mismo reporta que tiene conocimiento de que su padre abandonó a su madre cuando ella quedó embarazada ya que él no quería ningún tipo de compromiso. Aunque su madre le ha presentado la oportunidad de conocer a su padre en varias ocasiones, ella menciona no tener interés alguno en conocerlo. También sabe que tiene hermanos y que a diferencia de a su padre, a ellos si tiene la curiosidad de conocerlos.

En el ámbito social menciona que sus únicas amistades salieron del país hace un par de años por lo que su medio de contacto son las redes sociales. Considera que tiene un grupo de amigos con los que se siente bien pero con ninguno de ellos ha tenido un acercamiento para

poder contarles sobre su vida ni sus problemas. No ha tenido relaciones amorosas y menciona que no tiene interés en tenerlas porque considera que no es uno de los objetivos que tiene para su vida.

Historia Familiar

La consultante no tiene mucho conocimiento sobre su historia familiar. Indica que su madre no ha tenido relaciones duraderas, por lo que siempre ha vivido con su hermano de menor y con ella. A su hermano lo describe como un niño malcriado y mimado por su madre. Reporta que siempre se ha considerado la cuidadora de su madre y de su hermano, por lo tanto, la responsable de la estabilidad emocional en su hogar. Menciona que su madre ha tenido bastantes episodios de depresión y que tampoco se encuentra bien de salud, lo que la ha llevado a asumir el rol de madre y de adulto en el hogar desde su adolescencia. La relación con su hermano ha sido por este motivo una relación en la que domina el cuidado y la sobreprotección de ella él. Así también con su madre, que por el hecho de ser una persona emocionalmente inestable y encontrarse delicada de salud, se ha dado una inversión de roles en el aspecto emocional ya que en el aspecto económico es ella la que mantiene el hogar.

El problema

La cliente se presenta de manera voluntaria a consulta debido a los siguientes problemas: Falta de atención y memoria, insomnio y problemas intrafamiliares; principalmente constantes confrontaciones con su madre. También reporta su preocupación por su situación académica ya que por su mencionada falta de atención y de memoria, ha tenido un mal rendimiento universitario lo que la ha desmotivado a seguir estudiando y desarrollándose en el ámbito académico.

En cuanto al primer problema, sobre falta de atención y memoria, menciona que no recuerda desde cuando lo tiene pero que es un tema que la preocupa bastante, por lo que le es difícil concentrarse y por ende cumplir con sus responsabilidades académicas. Este problema la ha llevado a frustrarse y se desmotivarse ante sus estudiando y su desarrollo académico.

En cuanto al insomnio, reporta que se debe a una sensación de miedo en las noches. Desconoce de donde nace este miedo y no reconoce a que específicamente es a lo que le teme. El insomnio también ha sido la causa del fracaso académico por el que se encuentra atravesando actualmente.

Por último están las constantes confrontaciones con su madre. Reporta que su madre es una persona inestable emocionalmente, por lo que se ha visto obligada a cumplir un rol de madre, cuidadora y protectora dentro de su hogar. Las confrontaciones se dan principalmente en momentos donde la madre emite comentarios o tiene actitudes que demuestran su enojo, desmotivación y negativismo ante la vida y las situaciones que se le presentan en la vida. En estos momentos la cliente, cumpliendo con su rol de “madre”, intenta darle aliento y consolarla pero ella reacciona mal culpabilizándose de las cosas que le pasan a ella y a su familia.

Diagnóstico

Dentro de lo que es el humanismo, no se considera como base de un proceso terapéutico al diagnóstico del cliente, ya que esta corriente afirma que las personas, por naturaleza, siempre buscan la autorrealización y por lo tanto ponen una etiqueta o en este caso dan un diagnóstico que implicaría quitar la libertad del ser humano para seguir un camino hacia la misma (Salama, 2010). Sin embargo con la finalidad de relacionar el caso de estudio

entre distintas corrientes teóricas es necesario la formulación de diagnóstico en base a los criterios del “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Esto también permitirá que se establezca de una manera acertada la forma de medir la eficacia del proceso terapéutico.

- Eje I: 296.31 Desorden Depresivo Mayor, Recurrente, Leve.
- Eje II: V71.09 No se reporta trastornos de la personalidad ni retraso mental
- Eje III: 799.9 No se diagnostica ningún problema médico general
- Eje IV: A. Problemas con el grupo primario de apoyo
- Eje V: GAF: 70 Síntomas severos y dificultados sociales y académicos

El SCL-90, aplicado al inicio de el proceso terapéutico mostró los siguientes resultados:

PUNTAJES T SCL-90-R											
SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMPS
1,50	1,40	0,50	2,00	3,00	1,50	0,43	1,00	1,60	1,61	56,00	2,59

Para que el resultado sean significativos, el puntaje T debe ser mayor o igual a 63 (Casullo & Pérez, 2008).

Este resultado muestra elevación en las escalas de Depresión (DEP) con un puntaje de T=63, escala de Ansiedad con una puntuación de T=73 y en la escala de Psicotismo con un puntaje de T=63. La escala del índice de severidad global (IGS) muestra una puntuación de T=60; El total de síntomas positivos (TSP) fue T=60 y el índice de malestar sintomático positivo (IMSP) fue de T=63.

Hipótesis del proyecto

La falta de contacto con las emociones de esta cliente se encuentran relacionados con el abandono de su padre, las constantes confrontaciones con su madre, la separación de su madre cuando era niña y la de falta de afectividad presentes a lo largo de su vida. Se espera que al ponerse en contacto con sus emociones primarias adaptativas tales como la tristeza, la vergüenza y el miedo eventualmente también disminuyan sus síntomas depresivos entre los que se encuentran la falta de concentración y memoria y el insomnio.

Preguntas de investigación

De la hipótesis antes planteada surge la pregunta de investigación, ¿Cómo y hasta qué punto un proceso terapéutico humanista enfocado en las emociones (EFT) que permita el contacto y la exploración de emociones ayudará a superar los síntomas de depresión en una joven que se presenta en consulta por su preocupación sobre falta de concentración y memoria?

Contexto y marco teórico

El presente estudio de caso se analizará desde un enfoque psicológico que se encuentra dentro de las terapias humanistas y es conocida como Terapia Focalizada En La Emoción (EFT por sus siglas en inglés). La EFT fue desarrollada por Greenberg (2011) y tiene como base el centrarse en las emociones del cliente, con el fin de que mediante la exploración, reconocimiento y contacto con las mismas puedan solucionarse los conflictos existentes.

El enfoque terapéutico antes mencionado, será aplicado en el caso de una cliente que presenta síntomas de depresión y que como consecuencia reporta problemas atencionales y de

memoria. Entre las posibles causas, se considera a los problemas familiares y los procesos emocionales sin resolver.

El propósito del estudio

Las expectativas que se tiene sobre este estudio es que una terapia centrada en las emociones (EFT) tenga un impacto positivo en la consultante permitiéndole conocer sus emociones, mejorando su estado de ánimo y reduciendo los síntomas que han acompañado a la depresión.

El significado del estudio

El presente estudio puede ser de uso para otros estudiantes de psicología, que estén interesados en conocer los efectos de la Terapia Focalizada en la Emoción en una cliente con rasgos de trastorno depresivo. Así también podría ser útil para personas con rasgos depresivos interesados en saber las opciones que tienen para mejorar su estado de ánimo. Este estudio es único, ya que relaciona la depresión con la falta de concentración y los problemas de memoria en una persona.

Definición de términos

EFT (Emotional Focused Therapy): La terapia enfocada en la emoción es una rama de la psicología humanista, que fue desarrollada por Leslie Greenberg, que estudia como el contacto con las emociones facilita la relación y efecto que tiene la emoción en el cambio psicoterapéutico en un cliente (Greenberg, 2011).

Alianza terapéutica: Se refiere a la comunicación cercana que se da entre dos o más

personas y que implica también un tipo de comunicación no verbal como los gestos, las posturas y las mímicas en la que se caracteriza por el hecho de que estas personas mantienen distintos roles. El terapeuta por un lado, es una persona experta en la problemática humana mientras que el cliente o consultante es el que trae y sabe acerca de una problemática singular por la cual asiste a consulta y la cual es el aporte a ser analizado (Arango y Moreno,2009).

Self (el sí mismo): Se lo conoce también como el autoconcepto y se refiere a percepciones que cada uno tiene sobre su persona. Dentro de esta definición que se tiene sobre lo que cada uno es, también se encuentran características como las físicas, las intelectuales además de las cualidades y las deficiencias como también los valores y las experiencias (Roda y Sanchez, 2003). Para Greenberg (2011) el "Self" es "la organización cambiante de la experiencia que se encuentra con el entorno" (p. 147).

Validación: Se refiere a la capacidad de confirmar la experiencia (Greenberg, 2011).

Emoción: Es definida como una respuesta psicofisiológica ante ciertos estímulos que pueden ser internos o externos. Involucra cogniciones, actitudes, sensaciones y respuestas biológicas (como las expresiones faciales), que le dan un valor a la situación que se está viviendo (Yanez, 2014) y evalúan las experiencias ubicándola según el nivel de importancia que tienen para traer bienestar (Greenberg, 2011). Greenberg define distintos tipos de emoción entre las que se encuentran las emociones primarias adaptativas (aquellas que son básicas, aparecen de manera inmediata ante alguna situación, permiten tomar acciones correctas y consistentes ante la misma), primarias maladaptativas (son básicas, aparecen rápidamente pero interfieren en el funcionamiento efectivo dando como resultado una conducta incorrecta e incongruente antes una situación determinada), emociones secundarias (son las emociones que nacen como resultado de una emoción previa cuando ésta no es aceptada) y emociones

instrumentales (se expresan de manera consciente con la finalidad de lograr un objetivo) .

Empatía: Se refiere a la capacidad de adentrarse en el mundo del otro, con el fin de sintonizar con las emociones más cercanas a la situación del otro (Greenberg, 2011).

Depresión: Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un estado de tristeza y de falta de motivación por un periodo de al menos 2 semanas (DSM-IV-TR, 2002).

Imaginería: Técnica utilizada en terapia la cual se basa en la utilización de la fantasía guiada, con la finalidad de lograr un acercamiento a emociones diversas mediante la evocación de imágenes, recuerdos, momentos y sensaciones (Smucker, 2010).

Unfinished bussiness (Asuntos inconclusos): Se refiere a una sensación o sentimiento negativo hacia otra persona, comúnmente importante para el individuo, que se da como resultado de algún conflicto no resuelto en el pasado (Greenberg, 2011). Focusing: Rama de la terapia humanista que se enfoca en la exploración de las sensaciones corporales sentidas del individuo, con la finalidad de reconocer las emociones que existen tras las mismas (Greenberg, 2011). Se refiere también a la experiencia física de sensación interna que no puede ser considerada una emoción, pero que puede conllevar emociones que se presentan como resultado de una experiencia o una situación con la que no se ha realizado un trabajo emocional (Gendlin, 2012).

Presunciones del autor del estudio

Las presunciones sobre el presente estudio son las siguientes:

- Se espera que la cliente sea auténtica en las sesiones.
- Se presume que existirá una buena alianza terapéutica.
- Se espera que la consultante se muestre dispuesta a colaborar y a trabajar.

- Se presume que las pruebas administradas serán respondidas con la mayor sinceridad posible.
- Existe la presunción de que la consultante confía en que el proceso terapéutico será de beneficio para ella.
- Se presume que los problemas de concentración y de memoria de esta cliente se deben a los estados depresivos que presenta, mas no a otro trastorno relacionado.

Supuestos del estudio

La concientización de las emociones primarias desadaptativas, en un caso de depresión, es de beneficio por que implica el afrontamiento del problema. Esto quiere decir que, al permitir que la cliente tenga contacto con las emociones con las cuales está experimentando, se le abre las puertas hacia la concientización de estado de ánimo depresivo. Además se supone que el acercamiento hacia las emociones que tendrá esta cliente le ayudará a mejorar sus síntomas de trastorno depresivo como la falta de interés, la falta de motivación y en este caso específico la falta de atención y memoria.

A continuación está la revisión de la literatura utilizada como respaldo de este trabajo. La información será dividida por temas. Primero se desarrollará una corta revisión teórica sobre la terapia humanista. Seguidamente se hablará específicamente sobre terapia focalizada en la emoción, su historia, la metodología, importancia de la narrativa, EFT y trauma y EFT y depresión. Los temas se han seleccionado según los problemas de la cliente sobre la cual se desarrolla este trabajo.

REVISION DE LA LITERATURA

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes

La teoría que se utilizó para la realización teórica de esta investigación proviene de libros de psicología humanista, libros sobre EFT (Emotional Focused Therapy), artículos investigativos académicos publicados entre el año 2000 y 2014 que se relacionan con el tema que se investiga sobre EFT para depresión y trauma.

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

Los temas del marco teórico del presente trabajo fueron elegidos después de revisar bibliografía ya existente y trabajos de estudios de casos de otros estudiantes de psicología de la Universidad San Francisco de Quito. Además también fueron sugeridos por algunos profesores y compañeros que tienen conocimiento del caso. También existió un análisis personal sobre los temas que serían importantes elegir, con el fin de realizar un estudio de caso completo y profundo.

Los libros utilizados fueron obtenidos en la biblioteca de la universidad San Francisco de Quito y otros proveídos por la directora de esta investigación. Los artículos citados fueron obtenidos de EBSCO, JSTOR y fuentes encontradas mediante Google académico.

Formato de la revisión de la literatura

La teoría será revisada por temas donde serán incluidos los autores y las referencias que serán utilizadas para el desarrollo de este estudio de caso. Se empezará con una introducción sobre la terapia humanista y seguido de esto se profundizará específicamente en

Terapia Focalizada en la emoción con sus respectivas técnicas que se utilizan en el proceso terapéutico. Por último se incluye información relevante sobre EFT para depresión y para trauma.

Tema 1. Historia de la Terapia Humanista

Zalbidea, Carpintero y Mayor (1990) indican que el origen de esta rama de la psicología se da a mediados del siglo XX con la influencia de Abraham Maslow y Carl Rogers por su crítica a las dos corrientes ya existentes (psicoanalítica y conductista). Según estos autores, Maslow proponía que la corriente psicoanalítica desarrollada por Freud tenía una visión inapropiada sobre el ser humano debido a que ignoraba aspectos como las cualidades, las necesidades, las motivaciones, las experiencias y el significado de las mismas. Todas estas, según Maslow, debían ser tomadas en cuenta para el trabajo psicológico y para la recuperación de los clientes. Además, el psicoanálisis tendía a dar más importancia a investigaciones sobre personalidades insanas o enfermas, dejando de lado la tendencia del ser humano hacia encontrarse saludable.

Por otro lado, la crítica de Maslow hacia el conductismo se basó en el hecho de que esta corriente no permitía una visión integral del ser humano porque no tomaba en cuenta la naturaleza del mismo y se enfocaba en el estudio principalmente de las conductas lo que hacía ver al ser humano como un sujeto mecanizado. Además, el conductismo basaba sus teorías en estudios realizados con animales lo que también provocó controversia debido a que el estudio en animales no permitía una comprensión acertada de la naturaleza humana y sus resultados no permitían una visión individual de cada ser humano como un ser único.

Así pues, nace la psicología humanista como alternativa al psicoanálisis y al conductismo. La psicología humanista impulsó la construcción de terapias tales como la

terapia centrada en la persona, la terapia Gestalt, el focusing, la terapia experiencial y la terapia existencial (Greenberg, 2011). Todas estas propusieron desde un principio, dar valor a capacidades humanas y construir una nueva visión sobre el ser humano. Los mayores representantes de la terapia humanista son Maslow, Rogers, Gendlin, Perls, y actualmente Greenberg, Elliot, Angus y Watson.

Según Grof (2010) los principios que se establecen después de este proceso de nacimiento de esta nueva corriente son: priorizar las vivencias y experiencias de las personas, lo que implica ver a cada persona como un ser único; siempre tomar en cuenta la genuinidad del ser humano; facilitar el desarrollo de las capacidades de cada ser humano. Grof además expone que la creación de esta rama de la psicología permite realizar un cambio en cuanto a las estrategias que previamente se basaban en el conductismo y el psicoanálisis. Se da un enfoque integral sobre el ser humanos en donde la psique y el cuerpo son uno solo y por lo tanto se da la construcción de técnicas que trabajan directamente con las emociones, las motivaciones y a los procesos emocionales centrados en el aquí y en el ahora (Grof, 2010).

Moreira (2008) menciona que otro aspecto que fue considerado en la elaboración teórica de la psicología humanista fue la importancia de la relación terapeuta-cliente y que actualmente todas las terapias que nacen del humanismo, consideran como factor importante la alianza terapéutica resaltando que está es de mucha influencia en un proceso terapéutico efectivo.

Terapia focalizada en las emociones (EFT)

Dentro de la corriente humanista previamente descrita se encuentran la terapia focalizada en la emoción (EFT por sus siglas en inglés), que fue creada por Greenberg y que tiene como fundamento el estudio de los procesos terapéuticos enfocados en las emociones.

Éstas son vistas como la mayor influencia para que se realice un cambio a nivel psicoterapéutico. Además la EFT enfatiza la importancia de las emociones ya que la falta de contacto con las mismas provocan malestar y problemas debido a traumas pasados, falta de herramientas para el manejo de las emociones propias y la evitación o negación de la emoción en sí, aunque el origen de las mismas sea innato. Por este motivo según la EFT el primer paso para identificar la raíz de un problema es el entrar en contacto con las emociones. Más adelante, cuando ya existe conciencia sobre lo que se está sintiendo, la persona será capaz de aceptar, explorar, regular, transformar o darle un nuevo sentido a la emoción lo que en conjunto le permitirá sentirse más en control de su vida y vivir en armonía con sí mismo y con los demás (Greenberg, 2011).

Greenberg (2011) propone que las emociones constituyen una conexión entre nosotros y el ambiente en el que nos desenvolvemos. En este sentido, las emociones estarían no sólo en nuestro interior, si no también se verían reflejadas en las acciones que nos conectan con el mundo exterior. Así mismo, la EFT conceptualiza al ser humano como un sistema en el que existe una interacción de varios elementos que crean lo que conocemos como experiencia y conducta.

Greenberg (2011) además asume que las emociones son el fundamento o la base en la construcción de lo que se conoce como el “self” y que existe un proceso en el cual constantemente el ser humano quiere dar un sentido a la emoción que está experimentando. En este sentido, el terapeuta se convierte en un entrenador de emociones que juega un rol activo en el proceso terapéutico mediante la validación de la experiencia emocional en la que facilita el proceso de la concientización y aceptación de la emoción, lo que contribuye al proceso de

darle sentido a la misma. Por este motivo el objetivo de la EFT es el fortalecimiento del “self”, la regulación de las emociones y la creación de un nuevo significado de la misma.

Greenberg, en su libro *Emotion-Focused Therapy* (2011) habla de que la EFT ha ido desarrollando su teoría integrando cuatro corrientes humanistas, la terapia centrada en la persona, la terapia experiencial más conocida como Focusing, la terapia Gestalt y la terapia existencial. Así también, menciona que gracias a las investigaciones que han sido realizadas, la terapia focalizada en la emoción ha permitido incluir cada vez más aportes en su teoría. Uno de estos aportes importantes es la estructuración de un proceso terapéutico mediante la identificación de marcadores que ayudan a seleccionar las intervenciones más apropiadas para facilitar los procesos emocionales que se presenten.

Terapia centrada en la persona

La terapia centrada en la persona, propuesta por Carl Rogers (Greenberg, 2011), plantea que las disfuncionalidades son el resultado de la incongruencia entre el auto concepto que tiene la persona y la experiencia que está viviendo. Cuando no existe una conexión entre estas, la respuesta de la persona será sentirse ansioso. Además, la terapia centrada en la persona da mucha importancia a la relación terapéutica; por ende a la empatía y al hecho de que el cliente se sienta incondicionalmente aceptado, por lo que Rogers planteó tres condiciones importantes en la relación cliente-terapeuta. Estas tres condiciones son la aceptación incondicional positiva, la autenticidad y la empatía (Rogers, 2012).

La aceptación incondicional positiva se refiere a la capacidad del terapeuta para aceptar al cliente en su totalidad, es decir con sus emociones y experiencias propias. Para que esto pueda darse es importante que el terapeuta respete al cliente y sea capaz de aceptarlo sin juzgarlo y sin emitir juicio sobre él valorándolo como ser único y teniendo un interés genuino

por la persona (Rogers, 2012). Así mismo implica una invitación hacia la expresión de apoyo hacia el cliente con la finalidad de facilitar la comprensión de los procesos internos y la aceptación de experiencias. Por este motivo, según la terapia centrada en la persona, un terapeuta no debe criticar, presionar, ni juzgar a su cliente si no que por el contrario se debe centrar en aceptar sus procesos (Moreno, 2011). Como resultado, la aceptación incondicional positiva permite la construcción de un ambiente terapéutico seguro para el cliente lo que facilita el trabajo con las emocionales y fomenta la interacción terapeuta-cliente (Rogers, 2012).

La autenticidad en cambio se refiere a la habilidad del terapeuta para, sin dejar de lado la experiencia y el profesionalismo, exponerse también como ser humano ante el cliente (Greenberg, 2011), comunicando sentimientos propios y emociones internas (autorevelaciones) lo que fomenta la creación de la confianza (Bados y García, 2011). Esta condición permite que el diálogo que se da en las sesiones terapéuticas sea verdadero (Rogers, 2012).

La empatía se refiere a la habilidad del terapeuta para adentrarse en el mundo del cliente de tal manera que pueda comprender sus experiencias, sus emociones y sus vivencias de la manera más real posible (Greenberg, 2011), Rogers (2012) plantea que el individuo debe ser comprendido desde un marco de referencia que es propio del cliente y no del terapeuta en donde inclusive se puede llegar a comprender las implicaciones emocionales, cognitivas y conductuales que tienen las experiencias en la vida del consultante.

Así también, Rogers (2012) considera que cada individuo posee la capacidad innata para seguir progresando y afrontar los problemas de una forma constructiva, razón por la cual los procesos terapéuticos deben ser no directivos. Es decir, que el terapeuta debe tomar un rol

que permita la facilitación de procesos de cambio en el cliente mas no debe dirigir la sesión, razón por la cual la técnica utilizada es el reflejo que consiste en la devolución del mensaje que fue dado por el cliente, verbal o no verbalmente, con la finalidad de que se haga una reformulación del mismo. Esto se lo hace mediante la repetición de lo que expresa el cliente, es decir que se formula, en palabras propias del terapeuta, lo que el consultante ya dijo. Ésta técnica permite que el cliente se sienta entendido y escuchado; convirtiéndose en un aporte para la creación de la alianza terapéutica.

Focusing (Terapia Experiencial)

Según Greenberg (2011) la terapia experiencial, también conocida como Focusing, fue desarrollada por Gendlin. Ésta rama de la psicología destaca la importancia de enfocarse en la emoción sentida corporalmente y enfatiza la importancia de la interacción que existe entre los símbolos verbales y el sentido que tiene la emoción para la persona, con el fin de conocer el verdadero significado de la misma, facilitando el proceso de transformación de la emoción, dándole un nuevo significado que permita que la persona sea más funcional. Gendlin también propone que el principal problema está en la forma en que las personas experimentan la emoción por lo que plantea que como objetivo darle a la emoción un contexto más tangible (Greenberg, 2011).

Cain y Seeman (2008) exponen que, el proceso de Focusing se basa en la utilización de sensaciones corporales que posteriormente pueden ser identificadas y descritas por el cliente y en un proceso de 6 pasos. Dentro del primer paso, se pide al cliente que se relaje y diga como se siente, permitiendo que la persona exprese y se adentre a las sensaciones al igual que en las emociones que producen malestar en ese momento. Después, el terapeuta deberá escoger la emoción que cree que es prioritario trabajar. Una vez elegido la emoción, el terapeuta debe

centrarse en encontrar e identificar palabras, frases o expresiones que pueden ayudar a identificar la emoción sentida. Luego, el trabajo se centra en la modificación de la sensación sentida mediante el uso de la palabra o expresión previamente identificada por el terapeuta, de tal manera que el cliente encuentre la mejor manera de describir la sensación sentida y finalmente tenga una sensación de bienestar con la sensación sentida y la nueva palabra o expresión. Cuando esto se ha logrado, el cliente debe recibir la nueva sensación y por último el terapeuta debe guiar al cliente para que reciba de la mejor manera posible el cambio de sensación.

Según Gendlin (citado por Alemany, 2007) el trabajo con el proceso anteriormente explicado depende mucho del cliente. En algunos casos el Focusing puede tomar unos pocos minutos mientras que en otros casos toma algunas sesiones. Así mismo, cuando las sensaciones son difíciles de explorar, puede trabajárselas en distintos momentos de la terapia o inclusive en distintas sesiones. Por este motivo es importante que el terapeuta conozca a su cliente y sea capaz de identificar los momentos en los que el cliente esté listo para este trabajo. Sin embargo, aunque en un principio es necesaria la guía de terapeuta, se debe incentivar a que el cliente pueda identificar y realizar este proceso de manera individual.

Terapia Existencial

Greenberg (2011) señala que la terapia existencial tiene una visión que da importancia a la vida futura del cliente, por este motivo comprende a las personas como seres que se mueven por motivaciones y metas. Por ésta razón, los seres humanos tienen la capacidad de entender que existen distintas posibilidades; por ende cada persona es responsable de tomar decisiones o actuar de cierta manera teniendo en cuenta la existencia de las mismas. Para el existencialismo el ser humano tiene la capacidad innata de diferenciar entre lo bueno y lo

malo. Desde ésta corriente psicológica la disfunción es el resultado de la falta de autenticidad y la falta de exploración o de contacto con la experiencia. Así también, el existencialismo afirma que las preocupaciones conllevan a desencadenar ansiedad, por este motivo el lidiar con las preocupaciones se convierte en parte fundamental de un proceso terapéutico. La importancia de lidiar con los problemas y la libertad que tiene el ser humano para tomar decisiones viendo las posibilidades es adoptada por la teoría EFT.

Terapia Gestalt

La terapia Gestalt fue desarrollada por Frederick Perls y tiene como finalidad facilitar el contacto del individuo con el ambiente que lo rodea, lo cual puede lograrse mediante el diálogo terapeuta-cliente efectivo y auténtico (Bowman, 1998 citado por Woldt y Toman 2005). Según Greenberg (2011) la terapia Gestalt sostiene que la mayor parte de los problemas de las personas se debe al conflicto existente entre el autoconcepto y la autorrealización. El conflicto entre estos dos se debe a una dificultad en el proceso de autorrealización, por la existencia de lo que fue definido por Perls (citado en Greenberg, 2011) como los “deberías” (Expectativas propias o de los demás) que son incongruentes a las necesidades y a las emociones que tienen las personas. La terapia Gestalt además menciona que la salud está relacionada con el hacerse consiente de la experiencia emergente y que las disfunciones son la consecuencias de las alienaciones de las experiencias.

Según Woldt y Toman (2005) la terapia Gestalt es importante porque enfatiza el hecho de que existe un constante proceso de cambio en todo ser humano. Motivo por el cual estos autores señalan que un buen terapeuta debe ser capaz de identificar si el cambio que está teniendo el cliente es de beneficio para su crecimiento personal o por el contrario está provocando que el cliente empeore. Así pues, aunque el terapeuta no sea considerado un

agente de cambio, el terapeuta debe ser capaz de construir las condiciones que permitan el crecimiento del individuo.

Por otro lado Phares y Trull (2003) mencionan que el objetivo del terapeuta gestáltico debe ser que el cliente aprenda a aceptar la responsabilidad de las acciones y aprenda a reconocer sus emociones de tal manera que las experiencias puedan ser entendidas como propias. Los mismos autores destacan la importancia del trabajo con el “aquí” y el “ahora” dejando en segundo plano al pasado y la exploración del mismo.

Por último es importante recordar que el principio de la terapia Gestalt es fundamentalmente el “darse cuenta” que se refiere a un proceso propio del individuo que implica la auto-observación y el contacto con uno mismo. Así pues la persona debe ser capaz de entrar en contacto con sus sensaciones y las respuestas emocionales provocadas por las experiencias (Woldt y Toman, 2005).

Tema 2. Terapia Centrada en la Emoción

La emoción en EFT

Según Greenberg (2011) la emoción es un fenómeno cerebral innato del ser humano que se diferencia bastante de los pensamientos. El sistema límbico se encarga de las respuestas emocionales básicas y es responsable de manejar varios procesos fisiológicos y por ende influencia a la salud física, al sistema inmunológico y a la mayoría de órganos importantes del cuerpo humano. Algo más que se conoce sobre las emociones, es que sus bases fisiológicas y neuroquímicas son únicas. La amígdala es una de las partes del cerebro más relacionada con las emociones, porque es la encargada de enviar señales desde el cerebro hacia el cuerpo para

producir una respuesta física, mientras que el neo córtex se encarga de producir la emoción que se encuentra mediada por el pensamiento.

La EFT sostiene que las emociones son adaptativas y que si el ser humano está en contacto con ellas, estas se convierten en aliadas para la sobrevivencia del ser humano. Así mismo, la EFT dice que las emociones se encuentran relacionadas a las necesidades del individuo y por ende un manejo flexible de las mismas, permite que las emociones se conviertan en guías para el reconocimiento de situaciones importantes para el bienestar de cada persona (Greenberg, Elliot y Pos, 2002).

Greenberg (2011) sostiene que las emociones primarias adaptativas son aquellas que son fundamentales, se presentan como reacciones rápidas ante situaciones y son las más accesibles tanto para el cliente como para el terapeuta. La emoción del cliente es muy importante para el proceso terapéutico porque actúa como guía para encontrar los aspectos importantes para la persona y saber cuales necesidades están siendo satisfechas y cuales no. Por este motivo las emociones son primordiales ya que facilitan el acceso hacia el reconocimiento de necesidades, deseos y metas que tiene la persona.

Según este autor, la emoción además permite identificar las cosas importantes para el bienestar de la persona y le ayuda a que se prepare para eventos inesperados y reaccione de una manera adaptativa. Así también las emociones al ser biológicamente adaptativas, permiten que las situaciones sean evaluadas en relación a nuestro bienestar, al igual que nos permiten adaptarnos más a nuevas experiencias.

Por este motivo, la EFT al conocer la importancia de las emociones para el bienestar y la salud de las personas, desarrolla técnicas y procesos terapéuticos que facilitan el acercamiento con las emociones, con el fin de que la persona pueda desarrollar herramientas

para el reconocimiento e identificación de las emociones, reconociendo cuales producen bienestar y cuales son maladaptativas y necesitan ser cambiadas (Greenberg, 2011).

Sobre el trabajo con las emociones Angus y Greenberg (2011) sugieren que existen 3 claves principales. La primera clave es que el cliente se de cuenta y pueda hacer una contextualización de las emociones que ésta teniendo. Para que esto pueda darse, es importante que el cliente preste atención a las sensaciones corporales causadas por la emoción; debido a que estas sensaciones comúnmente afectan al proceso de la narrativa. Por este motivo, el terapeuta debe concentrarse en que el cliente pueda darse cuenta de que ésta sensación tiene como base una emoción que no ha sido trabajada y posteriormente se trabaje con ella de tal manera que se vuelva tolerable y aceptada. Esto aporta a la creación a una nueva narrativa promoviendo a que se de un nuevo significado a la emoción.

La segunda clave para este proceso terapéutico es la simbolización de la emoción. Según Lieberman et al. (2004), citado por Angus y Greenberg (2011) el poner en palabras a la emoción disminuye las respuestas negativas cerebrales. La simbolización de la emoción es importante porque ayuda al proceso de identificación y regulación de las respuestas provocadas por las mismas; además permite que el cliente desarrolle herramientas que le servirán para afrontar asuntos interpersonales, por este motivo el objetivo del terapeuta es que el cliente sea capaz de simbolizar la emoción con palabras que posteriormente el cliente pueda entenderse.

Por último, la tercera parte de este proceso es la construcción de la narrativa. En ésta etapa la persona ya es capaz de articular y simbolizar la emoción y por ende las necesidades, la experiencia y los pensamientos, motivo por el que se produce la construcción de una narrativa coherente. Así también, en ésta tercera etapa, las situaciones que anteriormente eran motivo de

malestar y provocaban emociones dolorosas para la persona, toman un nuevo significado que es más adaptativo y promueve al autoconocimiento del cliente.

La EFT también habla sobre la importancia de los esquemas emocionales. Los esquemas emocionales son representaciones creadas por las interacciones repetidas con las demás personas. Los esquemas van construyéndose desde el inicio de nuestras vidas y son los que determinan posteriormente la percepción que tenemos de los demás; por lo tanto como actuamos con ellos (Bucci, 2002). Según Greenberg estos esquemas son la base de las respuestas emocionales que se activan de manera automática provocando distintas experiencias y reacciones.

El proceso terapéutico

Angus y Greenberg (2011) señalan que la EFT como proceso terapéutico implica la creación de una relación terapéutica y la facilitación del trabajo terapéutico. Dentro de esto se encuentra el hecho de ser un terapeuta empático que conjuntamente con el cliente busca y encuentra maneras de experimentar y de explorar procesos emocionales. Además la EFT se basa en 3 principios sobre la relación terapeuta-cliente. Estos tres principios son: presencia de empatía, comunicación (que implica aceptación incondicional positiva, empatía y autenticidad) y la creación de alianza terapéutica. Todas estas cualidades permiten que el cliente se sienta apoyado y por ende se facilite la auto aceptación, que es muy importante en un proceso psicológico de cualquier tipo.

Otro beneficio de una buena relación entre el terapeuta y el cliente según los mismos autores, es que promueve la regulación de las emociones mediante una respuesta sincronizada con el estado emocional de la otra persona. Este proceso de sincronización además crea un ambiente de armonía y entendimiento para el cliente lo que produce una sensación de

consuelo. Así también, este tipo de relación facilita el aprendizaje para la regulación de emociones que suelen provocar dolor y que comúnmente se encuentran abrumando al cliente. Al mismo tiempo permite que el cliente se sienta en un ambiente seguro para expresar sus emociones y comenzar a explorarlas. Así pues, para lograr la creación de una relación terapéutica sana y de beneficio para el cliente, es importante que en un principio se establezcan los objetivos del cliente ya que de ésta manera el terapeuta puede colaborar en el logro de los mismos.

Importancia de la narrativa en EFT

La narrativa fue desarrollada por Sarbin en 1986. Sarbin (citado en Angus y Greenberg, 2011) notó que las historias contadas por las personas siempre se encontraban conectadas con las emociones. Además descubrió que estas historias al ser relatadas permitían y facilitaban el proceso de encontrarle un sentido a la emoción. Así mismo, Sarbin se dio cuenta que la narrativa permite el conocimiento de la importancia de un evento o experiencia en nuestras vidas.

Angus y Greenberg (2011) proponen que el ser humano tiende a dar un significado a la experiencia por medio de la utilización del lenguaje, proceso que se conoce como narrativa. La narrativa es importante ya que por medio de ésta la persona puede expresar y transmitir la experiencia hacia otras personas. Además, la narrativa evoca una sensación de individualidad que permite centrarse en partes específicas del pasado dándonos la oportunidad de imaginar un futuro con posibilidades mejores y distintas. Así mismo el proceso de la narrativa permite que el cliente tenga un espacio de auto-reflexión y posteriormente brinde un sentido a su experiencia.

Por este motivo, para Angus y Greenberg, la EFT propone que principalmente el cliente debe desarrollar herramientas para la identificación y posterior exploración y aceptación de la emoción; una vez que se consigue transformar las emociones maladaptativas en emociones adaptativas la persona será capaz de desarrollar fácilmente una narrativa que permita la auto identificación y sea de beneficio para la persona. Por lo tanto, se asume que la narrativa y la emoción están relacionadas. Razón por la cual, son igualmente importantes para un proceso terapéutico beneficioso y efectivo que permitan una construcción positiva de la narrativa y nos ayude a la construcción de un sí mismo (Self) y la historia contada por el cliente permita un acercamiento hacia el significado de la emoción.

Para lograr una integración de la narrativa en un proceso terapéutico enfocado en la emoción, se habla de un proceso de cuatro fases. Estas fases son: (1)Facilitar la unión terapeuta-cliente y facilitar un despliegue de la narrativa con un despertar sobre la emoción sentida, (2)facilitar la evocación, exploración y creación de narrativa de la emoción, (3) facilitar la transformación de la emoción y la creación de una narrativa positiva; por último (4) facilitar la consolidación y la reconstrucción de la narrativa. Estas 4 fases, establecidas por Angus y Greenberg (2011) son definidas a continuación:

1. Facilitar la unión terapeuta-cliente y el despliegue de la narrativa: Para ésta primera fase la empatía es muy importante. Por este motivo se debe validar las emociones del cliente y alentar al cliente a que concientice sobre las mismas, trabajando con sus recuerdos autobiográficos y las emociones que el cliente puede identificar desde un principio del proceso terapéutico. La empatía y la validación permitirán la creación de un ambiente donde el cliente se sienta cómodo y seguro, lo cual facilitará la posterior exploración de emociones dolorosas para el cliente. El trabajo

con las experiencias o recuerdos autobiográficos también son de beneficio en la creación de una alianza terapéutica, ya que promueve la creación de confianza y fortalece la relación.

2. Facilitar la evocación, exploración y creación de narrativa de la emoción: Ésta etapa incluye, mantener el soporte para las experiencia emocional, trabajar con las emociones problemáticas y facilitación de acceso hacia el conocimiento de las emociones básicas y los esquemas básicos que causan malestar al cliente. Para esta fase es importante que el cliente tenga o haya desarrollado la habilidad de regular la emoción, confianza en sí mismo, capacidad de superar las adversidades y sobreponerse a ellas (Resiliencia) (Real Academia Española, 2014) y además que tenga apoyo externo para el logro de este proceso emocional.
3. Facilitar la transformación de la emoción y el desarrollo de una nueva narrativa: Esta fase implica transformación de la emociones, darles un nuevo significado y por ende cambiar la narrativa que produce malestar al cliente. Para que esto pueda darse, es necesario que se de un cambio de emociones; esto quiere decir que en lugar de disminuir una emoción que causa malestar, se la transforma o cambia por una que sea más adaptativa. Esto produce un cambio en la narrativa porque cuando se activa una experiencia más adaptativa, la historia es contada de una manera diferente y positiva produciendo una sensación de bienestar y coherencia.
4. Facilitación de la consolidación y reconstrucción de la narrativa: Esta es la fase final. En esta parte del proceso se da una reconstrucción de la narrativa. También se construye un nuevo significado personal sobre la emoción. Así mismo, en esta etapa, el cliente ya es capaz de reconocer y describir coherentemente, mediante la

narrativa, la experiencia de la forma más vivida y acertada. De igual manera en esta fase la experiencia es totalmente entendida y aceptada como parte de la vida de la persona. La consolidación de la nueva narrativa es también parte de esta etapa. La persona debe ser capaz de mantener la nueva narrativa a largo plazo para que el cambio sea permanente y no exista recaída.

Marcadores para intervención en EFT

La EFT propone seis problemas que son marcadores para la intervención terapéutica

Según Greenberg (2011) los marcadores son los siguientes:

- Reacciones problemáticas (Problematic Reactions): Se refiere a las reacciones emocionales o comportamentales que resultan confusas para el cliente. Cuando éste indicador se presenta, indica que se debe explorar la experiencia con el fin de expandir la narrativa de la persona, encontrar la raíz de la reacción problemática y posteriormente evitarla.
- Sensación confusa (Unclear Felt Sense): Ésta se presenta cuando la persona se encuentra en un estado de confusión sobre la sensación de la experiencia que está viviendo. Este indicador además dificulta el proceso de búsqueda de sentido de la experiencia.
- Divisiones internas que provocan conflicto (Conflict Split): Ocurre cuando una parte del “Self” critica o esta en contra de otra parte del “Self”. Esto produce una sensación de conflicto interno y provoca malestar a la persona. Comúnmente cuando esto sucede, se puede utilizar la técnica de la doble silla.
- División auto-interruptora: Se produce cuando una parte del “self” se encuentra interrumpiendo las experiencias emocionales y la expresión de las mismas.

- Asuntos inconclusos (Unfinish Business): Se refiere a una sensación por algo que esta pendiente de resolver con alguien más.
- Vulnerabilidad (Vulnerability): Se refiere a un estado en el que el “Self” se encuentra frágil e inseguro.

Herramientas de la EFT

Según Greenberg (2011), las técnicas que deben aplicarse en un proceso terapéutico varían dependiendo de la persona. El marcador que el terapeuta logre identificar es la clave para elegir la mejor técnica para aplicar. Los métodos que se utilizan para EFT son el resultado de investigaciones realizadas durante muchos años por los distintos representantes de las diferentes corrientes humanistas. Las técnicas son definidas a continuación:

- Doble silla: Esta técnica es utilizada para el marcador “divisiones internas que provocan conflicto” (Conflict Split). Consiste en colocar en una silla la parte que autocrítica a la persona que comúnmente es la dominante en la división de estas dos partes. Esta parte dominante, en el ejercicio critica a la otra parte que normalmente es menos fuerte y tiene opiniones contrarias. Las dos partes mantienen un diálogo que permite que la persona se de cuenta como le afecta la autocrítica emocionalmente y por ende desarrolla mecanismos de autodefensa contra esta parte; por otro lado este ejercicio ayuda a la identificación de las necesidades que no se están satisfaciendo por la existencia de esta otra parte (Angus y Greenberg, 2011).
- Silla vacía: Es una técnica de la terapia Gestalt, adoptada por la EFT, donde se realiza un juego de roles para confrontarse a alguien importante con el que, por distintos motivos, no puede tener una confrontación real y además sirve para

confrontarse a recuerdos pasados que provocan dolor. Comúnmente se utiliza esta técnica cuando existe un marcador de un asunto inconcluso (Unfinish Business) y aporta al proceso de transformación de las emociones maladaptativas que en la mayoría de casos se encuentran involucradas en un asunto inconcluso. Para que el ejercicio de la silla vacía tenga resultados exitosos, es importante que ya exista alianza terapéutica porque esto permitirá que la persona se sienta en confianza y pueda, con el uso de la imaginería, llegar a vivir la experiencia de la manera más real posible y por ende trabajar con las emociones que conflictúan a la persona. Además el ejercicio de la silla vacía permite que el cliente empatice con la otra persona y se permita ver el conflicto desde otra perspectiva lo que ayuda en el proceso de construcción de un nuevo significado.

- Centrarse en la sensación sentida confusa o dolorosa: Esta técnica, desarrollada por Gendlin (Focusing), se enfoca en reconocer la emoción corporalmente. El objetivo es que la persona pueda ser capaz de poner en palabras lo que esta sintiendo físicamente (Cain y Seeman, 2008).
- Indagar sobre el motivo de las reacciones problemáticas: Este proceso permite que el cliente realice una auto-examinación sobre la raíz de la reacción problemática. La situación problemática es descrita por el cliente facilitando el descubrimiento de la reacción emocional relacionada con la misma. Este proceso se lo hace a través de la imaginería, que se refiere al uso de la imaginación guiada con el objetivo de provocar una experiencia vívida mediante la evocación de recuerdos y la utilización de imágenes (Greenberg, 2011)

Tema 3. EFT y depresión

Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de emociones relacionadas con la tristeza profunda y la pérdida de motivación, interés y/o placer ante las experiencias diarias. Estos síntomas deben estar presentes durante al menos dos semanas para que pueda ser considerado un trastorno del estado de ánimo (Belló, Puentes, Medina y Lozano, 2013). La intensidad y la duración de estos síntomas son la característica básica de este trastorno. Además se produce una pérdida de resiliencia y presencia de ansiedad en la mayoría de casos (Greenberg y Watson, 2010).

Según el manual de diagnóstico de desórdenes mentales (DSM-IV TR, 2002, p. 356.

Traducción propia) se presenta depresión cuando se cumple con lo siguiente:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.
- 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.
 - 2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
 - 3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, y/o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 - 4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - 5) Agitación o retraso psicomotor, casi todos los días.

- 6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - 7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).
 - 8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).
 - 9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
- D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por un visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Greenberg y Watson (2010) hablan sobre la naturaleza de la depresión, y mencionan que existen muchas teorías válidas por lo que no se puede identificar o afirmar que existe una

sola causa. Sin embargo, se conoce que el funcionamiento de los neurotransmisores se encuentran relacionados con este trastorno. También se ha encontrado que existe una elevación de la hormona relacionada con el estrés (cortisol) en la depresión.

Los mismos autores dicen que por otro lado, la teoría cognitiva ha encontrado que las personas con depresión tienen cogniciones negativas que afectan al individuo en lo personal y en lo social. Existen además otros factores como los afectivos y los físicos que pueden también ser la causa de un trastorno depresivo; razón por la cual la EFT destaca la importancia de tener en cuenta que cada individuo es único y por ende cada uno necesita un tratamiento diferente.

Como se ha venido explicando a lo largo de este capítulo, la EFT promueve el trabajo con las emociones. Según Greenberg y Watson (2006) esto es de beneficio para personas con síntomas depresivos porque implica el trabajo con las emociones, el reconocimiento de las mismas, la aceptación y la simbolización. Estos permiten la transformación, producen una nueva experiencia emocional y posteriormente un cambio en la conducta. Así mismo la EFT permite que la persona aprenda a diferenciar sus emociones reconociendo las que son maladaptativas y transformándolas por adaptativas. Una vez que se da este cambio las nuevas emociones toman el control y se vuelven más importantes facilitando la construcción de nuevos significados.

Para Greenberg y Watson (2010) un proceso de EFT para depresión implica primeramente el reconocimiento de la emoción maladaptativa y la identificación de su raíz. Después, el cliente debe adentrarse en la emoción, entenderla, simbolizarla y seguidamente transformarla. Para que estos procesos puedan darse, la relación terapéutica es muy

importante. Dentro de esta la empatía juega un papel primordial en el tratamiento terapéutico de una persona con depresión por el hecho de que produce una sensación de aceptación y afecto que permite que el cliente se abra hacia nuevas posibilidades facilitando el proceso de transformación de la emoción. Así mismo, la empatía permite la creación y el fortalecimiento de un ambiente terapéutico seguro para el cliente lo cual es importante para la facilitación del aprendizaje de la regulación emocional.

Atención y memoria en depresión

Como se expuso anteriormente, un estado depresivo puede provocar síntomas como la disminución de capacidades cognitivas como son la atención y la memoria (DSM-IV TR, 2002). Según Zandio, Ferrín y Cuesta (2009) la alteración de memoria es considerada un síntoma de la depresión. Esto lo afirman basándose en una investigación realizada en la cual se hace una comparación de los resultados obtenidos en las pruebas cuantitativas, para medir niveles de atención, aplicadas a un grupo de personas diagnosticadas con depresión y a un grupo de personas que no cumplían con el diagnóstico del mismo trastorno. El resultado de la investigación muestra que los puntajes de las personas con depresión son significativamente más bajos en comparación al del otro grupo.

Goodale, Kline y Park, (2007) mencionan que en cuanto a la memoria específicamente, las investigaciones señalan que en procesos depresivos las personas presentan dificultades para recordar a corto plazo. Esto se hizo evidente tras una investigación en la que se utilizó test de memoria a un grupo de cliente con depresión y como resultado se observó un déficit en el recuerdo y en la memoria viso-espacial. La misma menciona que otra investigación mostró, a través de la neuroimagen, que existen características neuroanatomías en las personas con

depresión en donde se ve afecciones a nivel del córtex pre frontal el cual se encuentra relacionado con los déficits cognitivos que se presentan en la depresión.

Importancia de la relación terapéutica en depresión

Según algunas investigaciones realizadas mencionadas por Greenberg y Watson (2010) en un libro sobre depresión, la relación terapéutica es un factor que ayuda en el desarrollo del autoestima y la autoaceptación elementos importantes de desarrollar en una personas con síntomas depresivos. Por este motivo, se hace énfasis en el estudio de los factores que ayudan a la construcción de la relación terapéutica positiva. Estos factores son la presencia, la congruencia, la empatía y la aceptación. La presencia se refiere a la capacidad del terapeuta para mostrar receptividad y sensibilidad ante el cliente además de mostrar interés continuo en lo que la persona está contando permitiendo tener un entendimiento empático lo más cercano posible. La congruencia en cambio se refiere a la habilidad del terapeuta de mostrarse transparente y genuino ante el cliente. Esto significa que el terapeuta no debe mostrarse de una manera falsa y desempeñar una función únicamente profesional en una proceso terapéutico, sino que también debe mostrarse como ser humano, con emociones y sensaciones propias. La empatía es la capacidad de ponerse en la posición de la otra persona con el objetivo de adentrarse en su experiencia. Ésta es muy importante en los casos de depresión porque es una ayuda en la regulación de la emociones. Esto se debe a que, al compartir la experiencia emocional el cliente se siente acompañado y se abre ante la posibilidad de realizar un proceso de exploración de sus emociones . Por último está la aceptación que implica el no juzgar al cliente y verlo como un ser único y diferente con emociones propias.

La relación terapéutica es fácil de construir con un cliente que no tiene depresión. Sin embargo en el caso de una persona con depresión, éste proceso se dificulta debido a la falta de

motivaciones y de autoestima que poseen. Además, comúnmente la depresión viene acompañada de ansiedad lo que también obstaculiza la construcción de alianza terapéutica. Así mismo, un cliente con síntomas depresivos tiende a mostrar más resistencia lo que significa que tomará más tiempo entrar en procesos emocionales y trabajar con los mismos. Igualmente, un cliente con depresión se mostrará menos colaborativo con el terapeuta, razón por la cual es importante que el terapeuta esté consciente de que, en estos casos, este proceso será diferente y necesitará de más tiempo (Greenberg y Watson, 2010).

Emoción y depresión

Para Greenberg y Watson (2010) si bien la emoción es por naturaleza adaptativa, en el trastorno de depresión suelen encontrarse emociones maladaptativas. Las emociones maladaptativas son por lo general aprendidas o se construyen tras darle un significado equivocado a la emoción. También pueden construirse por experiencias en edad temprana donde existió un ataque hacia el "self" provocando humillación, desprecio o abandono, lo que lleva posteriormente a provocar un estado de ánimo depresivo y conductas o acciones maladaptativas.

Greenberg y Watson (2010) además indican que el papel de las emociones es muy importante en el trastorno de depresión. La depresión en sí no puede ser definida como una emoción, si no como un trastorno que se caracteriza por la presencia de emociones comunes entre distintos individuos y que son la base o la raíz del trastorno. Así pues una persona con depresión está constantemente negando y peleando contra las emociones centrales, es decir que se niega a aceptar y contactar con las emociones que son la base de la problemática. La vergüenza y la culpa; el miedo y la ansiedad; la tristeza y la ira son las emociones más reportadas por las personas con depresión

Greenberg y Watson (2010) mencionan también que comúnmente, las personas con depresión son capaces de identificar la emoción que están teniendo pero se les dificulta la identificación de los desencadenantes de las mismas. El identificar qué desencadena un estado emocional es el paso principal para entrar en contacto con las emociones. De igual manera el enfocarse en las sensaciones corporales puede facilitar el proceso de entrar en contacto con las emociones, por el hecho de que es más fácil darle un significado a la emoción utilizando una sensación corporal. Por último, la identificación de cogniciones es también un facilitador para entrar en contacto con las emociones ya que existe una relación entre estas dos.

Tema 4. EFT y Trauma

Trauma

El DSM-IV-TR describe al trauma como una sensación de miedo intenso, horror e indefensión que se presenta posterior a una experiencia donde la persona ha vivenciado sufrimiento o a sido testigo de agresión física o una situación amenazante para su vida o la de otra persona (Caballo, 2005).

Greenberg (2011) considera que el trauma es una experiencia emocional que provoca malestar y que significa una carga para el individuo. Estas experiencias pueden tener efectos en varios ámbitos de la vida de la persona. Estos eventos traumáticos comúnmente involucran a figuras importantes o personas emocionalmente cercanas para la persona. Cuando estas experiencias ocurren en la niñez pueden tener un gran impacto en el desarrollo del individuo y cuando no es trabajado, puede provocar malestar a lo largo de la vida del individuo.

EFT para procesos de trauma

Para Paivio y Pascual-Leone (2011) los procesos de trauma comúnmente se asocian a la depresión debido a que las experiencias traumáticas implican varios procesos emocionales que no han sido trabajados y por lo tanto se encuentran provocando sensaciones, pensamientos y conductas guiadas por los mismo. Así mismo, un proceso traumático puede provocar experiencias que pueden abrumar emocionalmente a la persona.

Paivio y Pascual-Leone (2010) también consideran que el proceso terapéutico que tiene buenos resultados para trauma, consta de 4 fases. La primera fase es trabajar en la construcción de la alianza terapéutica. Dentro de esta fase la prioridad es fortalecer el apego entre el terapeuta y el cliente, además de plantear objetivos. Para que esto se dé, el terapeuta debe mostrar empatía mediante la constante validación y el reflejo. Una vez que la alianza terapéutica se encuentra establecida, el terapeuta y el cliente deben acordar sobre el trabajo de la experiencia traumática. Es fundamental que el cliente entienda la importancia de volver a experimentar el episodio traumático y las emociones que abarca el mismo, con el fin de cumplir los objetivos.

La segunda fase tiene como objetivo la reducción del miedo y la vergüenza. Estas emociones dificultan el proceso de trabajo de resolución del trauma y producen falta de claridad de los procesos internos y por lo mismo de las experiencias emocionales. Por esta razón, es importante que en esta fase se trabaje en la resolución del conflicto para lo cual se puede utilizar el ejercicio de la doble silla y/o el de la silla vacía, si la experiencia traumática involucra a una tercera persona.

Después, en la tercera fase se resuelve el trauma y se trabaja con los vínculos afectados. La desinhibición de la experiencia conjuntamente con la expresión de una emoción

adaptativa, facilitan el proceso de resolución del trauma. Igualmente en esta fase se observa reducción de los sentimientos relacionados con la culpabilidad; lo que permite que el cliente se sienta preparada para afrontar a las personas relacionadas con el trauma. Este proceso de afrontamiento se realiza normalmente mediante un proceso de imaginación.

Por último, en la cuarta parte, se da un proceso de terminación. El enfoque en esta fase es hacia la integración de la experiencia terapéutica y a la transformación de las emociones maladaptativas involucradas en la experiencia traumática. Así mismo, se hace énfasis en los cambios que la persona ha experimentado; estos métodos permiten construir un nuevo significado brindándole al cliente una sensación de tranquilidad por la resolución del conflicto.

La aplicación de la Terapia Focalizada en la Emoción, por lo tanto, es de beneficio para el tratamiento de procesos traumáticos ya que permite el trabajo con las experiencias emocionales que se encuentran provocando conflictos internos y emociones como la culpa, la vergüenza y la ira. Además trabaja con el perdón (hacia el perpetradores si es el caso), lo cual también es de beneficio para la resolución de los conflictos (Paivio y Pascual-Leone, 2010)

METODOLOGIA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

En la investigación realizada se utilizará un método mixto. Esto quiere decir que la investigación dará resultados tanto cualitativos como cuantitativos. Gracias al cuestionario aplicado se podrá conocer cuantitativamente los cambios que son medibles, mientras que la observación que se realizará en el transcurso del proceso terapéutico permitirá obtener un resultado cualitativo del cambio.

Justificación de la metodología seleccionada

El presente trabajo se basa en un estudio de caso que presentará datos tanto cualitativos como cuantitativos por lo que se eligió el método mixto debido a que ésta metodología permite integrar resultados tanto de tipo empírico, como los que proveen los métodos cuantitativos y datos cualitativos que pueden ser obtenidos con la observación, la experiencia y la exploración. En cuanto a la perspectiva cualitativa las observaciones permitirán hacer descripciones de los cambios en la narrativa, las conductas y cambios en la adquisición de nuevos significados para las experiencias, la aceptación de las emociones, entre otros, que si bien no proporcionan un número o un porcentaje para ser medidas, son claros tanto para el cliente como para el terapeuta. Además un método cualitativo permite la indagación de detalles y da valor a la observación lo cual es de beneficio en un estudio de caso. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que la información obtenida mediante un método cualitativo, puede ser subjetiva ya que al no ser científica puede prestarse a interpretaciones propias del investigadores (Mendoza, 2000).

Por otro lado, la aplicación del inventario de síntomas SCL-90-R en la fase inicial del proceso terapéutico y otro en la fase final del mismo, da a conocer cuantitativamente los

cambios que se han dado como resultado del proceso terapéutico y permite la comparación en el estado de ánimo al principio y al final del proceso.

Así también, se aplica el cuestionario de alianza terapéutica con la finalidad de conocer el estado en el que se encuentra la construcción de la relación entre el terapeuta y el cliente. Ésta fue aplicada en la etapa intermedia del proceso debido a que la presencia de depresión aplaza la creación del lazo terapéutico.

Herramientas de investigación utilizadas

Con el objetivo de conocer la presencia de síntomas de la cliente, en este estudio se utilizó el inventario de síntomas SCL-90. Este instrumento, creado por Leonard Derogatis, es de rápida aplicación y puede ser aplicada a clientes entre 13 y 65 años que no presenten ningún tipo de discapacidad o trastorno delirante. La prueba consta de 90 preguntas que pueden ser respondidas mediante la utilización de una escala donde se da una valoración que va de 0 a 4, siendo 0 (nada cierto) y 4 (demasiado) (Casullo, 2004).

La interpretación del SCL-90 se la realiza en función de 9 dimensiones y 3 índices globales que reflejan malestar psicológico. Las variables que se miden (dimensiones) son las somatizaciones (SOM), las obsesiones y compulsiones (OBS), la sensibilidad interpersonal (SI), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR) y psicoticismo (PSIC). Los 3 índices globales son: Índice global de severidad (IGS), índice positivo de malestar (PSDI) y total de síntomas positivos (TP) (Casullo, 2004).

El inventario de síntomas tiene una consistencia interna de (0.8) la cual puede considerarte alta. La validez del inventario ha demostrado ser de constructo admisible al igual que la confiabilidad estadística que es de $r > 0.5$ (Casullo, 2004).

En esta investigación también se realizó el inventario de alianza terapéutica que es un instrumento que se basa en la teoría de alianza de Bordin (1979) que consta de 36 preguntas cuyas respuestas se valoran en una escala del 1 al 5, siendo 1 (nunca) y 5 (siempre). El instrumento mide el vínculo existente entre el terapeuta y el cliente (ítems 1, 5, 8, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 27, 28, 29 y 36), la concordancia sobre los objetivos del proceso terapéutico (ítems 3, 6, 9, 10, 12, 14, 22, 25, 27, 30, 32 y 34) y el nivel de acuerdo sobre las tareas del proceso terapéutico (ítems 2, 4, 7, 11, 13, 15, 16, 18, 24, 31, 33 y 35) (Corbella, Botella, Gómez, Herrero y Pacheco 2011). La validez de constructo ha mostrado ser aceptable y la confiabilidad del inventario es de 0.67 para la escala de vínculo, 0.80 para la escala de tareas, 0.78 para la escala de metas y 0.73 para el total (Corbella, Botella, Gómez, Herrero y Pacheco 2011).

Descripción de participantes

Número.

En el presente estudio participará una persona.

Género.

La participante del estudio es de género femenino.

Nivel socioeconómico.

El nivel socioeconómico de la participante es medio bajo.

Características especiales relacionadas con el estudio.

La cliente se presenta por voluntad propia a las consultas psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito. Después de que la cliente recibe la información sobre el consentimiento informado, acepta comenzar el proceso con la estudiante en práctica y accede a que las consultas sean filmadas o grabadas.

Fuentes y recolección de datos

La información que se obtiene en la investigación es la recolección de información que se realiza durante un proceso terapéutico de alrededor de un año, con sesiones semanales de una hora aproximadamente. Dentro de las sesiones se obtiene gran cantidad de información que será utilizada a lo largo de la investigación.

Al ser la cantidad de información muy amplia, se utilizará grabaciones y anotaciones de las sesiones para obtener datos que sean de uso para el análisis de este caso. Así mismo, los cuestionarios utilizados, servirán como fuentes válidas de información.

ANÁLISIS DE DATOS

Detalles del análisis

El análisis de la investigación realizada se basa en la teoría antes expuesta sobre la terapia enfocada en la emoción. Los resultados del proceso psicoterapéutico realizado con la cliente son expuestos a lo largo de este capítulo. Para lograr los objetivos planteados y con el fin de demostrar la hipótesis se utilizaron técnicas incluidas en la Terapia Focalizada en la Emoción durante las sesiones con la cliente. La primera parte del análisis abarca la información en relación a la construcción de la alianza terapéutica. Posteriormente el análisis es dividido por marcadores. Primero se analiza las sesiones en que se trabaja con los asuntos inconclusos, seguido por el análisis de las sensaciones confusas presentadas a lo largo del proceso, después se analizan las reacciones problemáticas y finalmente los conflictos entre las distintas partes del self.

Éste análisis también abarca procesos y pasos que se siguieron y que se encuentran explicados en el capítulo 2. Así mismo, dentro del análisis se encuentran expuestas observaciones en cuanto a cambios de conductas, pensamientos y transformación de emociones.

Construcción de la relación terapéutica

Como se ha venido explicando a lo largo de esta investigación, la creación de la relación terapéutica positiva es fundamental en la Terapia Focalizada en la Emoción. Así mismo se ha explicado que la depresión es un factor que dificulta la creación del lazo entre el terapeuta y el cliente, razón por la cual a lo largo de la primera etapa del proceso terapéutico, durante las tres primeras sesiones, se trabaja en la creación y fortalecimiento del mismo. Esto se lo realiza a través de técnicas como el reflejo y la validación (Greenberg, 2011).

Como mencionan Greenberg y Watson (2010), la construcción de la relación terapéutica se basa en factores básicos que son la presencia, la congruencia, la empatía y la aceptación. Todas estas facilitan el proceso de creación de relación terapéutica en los casos de depresión ya que favorece al desarrollo del autoestima y facilita la auto aceptación.

En cuanto a la presencia, que se refiere a la receptividad del terapeuta, es utilizada a lo largo de todo el proceso terapéutico y se ve reflejada mediante la validación y la atención prestada en la problemática contada por la cliente. La terapeuta muestra interés en la problemática formulando preguntas que permitan el mejor entendimiento de la misma. Mostrar interés, también favorece a la construcción de la relación terapéutica debido a que permite que la consultante se sienta entendida y valorada. Esto también sucede con la congruencia, que se refiere a la capacidad de mostrar genuinidad y es igualmente mostrada a lo largo del proceso terapéutico mediante la utilización de frases transparentes como: “siento que no confías en mi” y “tengo la sensación de que estamos estancadas en este problema”.

La empatía, definida anteriormente como la capacidad de ponerse en los zapatos de otros (Greenberg, 2011) también es mostrada en el proceso terapéutico realizado. El reflejo que se realiza a lo largo de las sesiones es una muestra de empatía para el cliente. El siguiente diálogo que se presenta en la sesión numero 3 muestra que la cliente se siente entendida por la terapeuta

P: Ósea es como que como no puedo concentrarme en lo que estoy leyendo he perdido el interés en seguir leyendo

T: Claro, es como que te sientes desmotivada porque como no puedes concentrarte en lo que lees no puedes tampoco como que entender

P: Aja, exactamente

Por último, en cuanto a los procesos de validación en los cuales se produce una confirmación de la experiencia de una persona, también son utilizados para la facilitación de la creación de la alianza terapéutica. La frase siguiente muestra la validación de una experiencia emocional que se presenta en la infancia de la consultante:

T: Me imagino que debe haber sido muy difícil para ti. Siendo tan pequeña te haría mucha falta ese amor maternal. Es normal que sientas ira ante esto que viviste.

Por otro lado, dentro de esta primera fase, se habla también de la confidencialidad, se le explica a la cliente que la información que se obtiene en sesión será únicamente compartida con profesores con la finalidad de recibir retroalimentación y tener una guía en el proceso. Esto es otro aporte a la creación de la alianza terapéutica ya que implica que la cliente se sentirá en confianza de trabajar en las problemáticas, teniendo la seguridad de que su identidad no será revelada.

Así también, se pudo experimentar la presencia de resistencia por parte de la cliente, sobre todo al inicio del proceso terapéutico al intentar entrar en procesos emocionales lo que es observable en el siguiente diálogo:

T: ¿Cómo te sientes con respecto a lo que me cuentas sobre las peleas con tu mami?

P: Ósea pienso que podrían ser evitadas si yo simplemente no le hablo y ya

Claramente se observa que la respuesta, no responde a como siente si no que tiene más relación con lo que piensa sobre la problemática lo que también ocurre cuando se intenta obtener información sobre el pasado. Esto sucede varias veces en la fase inicial del proceso de terapia.

A medida que pasa el tiempo y gracias a la validación, la empatía y el reflejo la cliente se va abriendo y comienza a brindar información sobre la historia familiar. Se puede observar

indicadores que dan a conocer que la relación terapéutica ya esta creándose. Esto se puede confirmar con frases que se dan a lo largo de la sesión “Nunca le había contado esto a nadie, eres la primera”, “me gusta venir acá”, “iba a cancelar la cita porque mi mami me pidió que le ayude con mi hermano pero por primera vez sentí que no podía dejar de hacer algo solo por darle el gusto, le dije que tenia que hacer algo importante para mi. Se enojó pero bueno”, “me siento entendida”, “me siento acompañada”.

Así pues, conociendo la importancia de la relación terapéutica positiva, la terapeuta se enfoca en seguir reforzándola a lo largo del proceso siempre reflejando, validando y mostrándose autentica.

Con la finalidad de conocer el acuerdo entre las tareas del proceso terapéutico, el vínculo existente entre la terapeuta y la consultante y la concordancia sobre el objetivo, se le pide a la cliente contestar el Inventario de Alianza Terapéutica del cual se obtuvo los siguientes resultados:

Tarea	2	4	7	11	13	15	16	18	24	31	33	35
	+ 5	+ 5	_ 2	_ 1	+ 3	_ 1	+ 4	+ 5	+ 2	_ 2	_ 1	+ 5
Vínculo	1	5	8	17	19	20	21	23	26	28	29	36
	_ 1	+ 5	+ 5	+ 3	+ 5	_ 1	+ 5	+ 4	+ 5	+ 5	_ 1	+ 5
Objetivo	3	6	9	10	12	14	22	25	27	30	32	34
	_ 2	+ 4	_ 1	_ 1	_ 1	+ 5	+ 4	+ 5	_ 1	+ 4	+ 5	_ 1

El análisis de los puntajes obtenidos permite conocer que, en relación a las tareas del proceso terapéutico, la cliente no se siente segura sobre los procedimientos o las intervenciones que se realizan dentro de las consultas psicológicas ya que el resultado fue de

22/30. Según Corbella, Botella, Gómez, Herrero y Pacheco (2011) esto puede deberse al hecho de que la cliente tiene conocimiento de que la terapeuta es practicante de psicología clínica lo cual puede ponerla en duda sobre las capacidades como profesional de su terapeuta. En relación al vínculo, se obtuvo un resultado de 39/42 lo que muestra que la cliente se siente comprendida, acompañada y cómoda con la terapeuta (Corbella, Botella, Gómez, Herrero y Pacheco, 2011) lo cual se ha logrado mediante la utilización del reflejo y la validación principalmente. Por último, en cuanto a la escala que mide la concordancia en el objetivo del terapeuta y la cliente, el resultado fue de 20/24. Según los mismos autores, éste resultado da a conocer que tanto la terapeuta como la consultante están de acuerdo con los objetivos que se plantean la mayor parte del tiempo. Sin embargo, debido a que los objetivos del proceso terapéutico se encuentra constantemente en cambio, puede darse un desacuerdo en lo que se quiere cumplir.

Asuntos inconclusos

Otra intervención que se realizó en este estudio de caso es el del trabajo de asuntos inconclusos mediante la utilización de la técnica de la silla vacía. Como se expuso anteriormente, el marcador asuntos inconclusos definido por Greenberg (2011) es la sensación negativa que se produce hacia la persona involucrada que comúnmente es importante para el cliente. Esta cliente presentó dos asuntos inconclusos los cuales son analizados a continuación:

Asunto 1

El primer asunto inconcluso se hace evidente al momento en el que se trata de entrar en el trabajo del abandono de padre, tema que en un principio del proceso terapéutico no quiso ser profundizado y sobre el cual se reportó, por la misma cliente, no ser un asunto importante para su vida. Sin embargo frases como “Si me hizo falta una figura paterna”, “enserio que

no me provocada nada pensar en ese señor pero si me da curiosidad” muestran lo contrario, razón por la que la terapeuta con la utilización de estas frases, intenta guiar algunas sesiones hacia el trabajo con ésta.

T: Dices que te da mucha curiosidad , ¿a que te refieres?

P: Al abandono, me gustaría saber por qué se fue

En este momento la terapeuta decide intervenir y proponer el ejercicio de la silla vacía. La cliente se niega diciendo que no se siente preparada, que recién ha logrado aceptar el hecho de que esta experiencia si le afecta actualmente pero que no sentía que era el momento. Por este motivo, se reenfoca la sesión hacia escuchar la narrativa, reflejar y validar con la finalidad de que la consultante se sienta respetada en cuanto al no querer trabajar con este asunto lo cual favorece también en la alianza terapéutica.

Durante la siguiente sesión, es la misma cliente que pide se realice el ejercicio. Esto puede deberse a las emociones que nacieron tras las sesiones anteriores y que estaban provocando malestar. Éstas emociones son trabajadas a lo largo de la siguiente intervención:

T: Bueno, hoy nos acompaña tu padre. Se encuentra aquí sentado y ha venido para hablar contigo. Entonces que quisieras decirle ahora que finalmente puedes tenerlo aquí enfrente tuyo.

La clienta suspira, cierra los ojos y se queda en silencio por unos segundo. Después dice:

P: No se por donde empezar... hay tantas cosas que le quisiera decir

T: Dile... hay tantas..

P: Hay tantas cosas que quiero decirte, quisiera odiarte.. debería odiarte.. pero no puedo. Aunque quiera convencerme a mí misma de que solo eres un hombre como

cualquiera.. no puedo.. llevo tu sangre.. por mucho que quiera negarlo.. algo tengo de ti.. y no puedo despreciarte..

Vuelve a suspirar y se mantiene en silencio por un momento

P: No me importa que me hayas dejado, nunca me hiciste falta. Pero no puedo perdonarte el daño que le hiciste a mi mami. A ella sí le hiciste daño, tu tienes la culpa de que ella sea así ahora.. amargada y conflictiva.... Respóndeme.. ¿Por qué?

T: Muy bien ahora por favor pásate a esta silla y respóndele a tu hija, ella quiere saber por qué la abandonaste

P: Creo que por inmadurez. No estaba listo para cumplir con esta responsabilidad.. me asusté.. y la verdad en ese momento solo pensé en mi.. tal vez te suene muy egoísta pero no quise arruinarme la vida.. tenía mucho por delante.. esa es la razón, no se que más decirte. Además tu mamá para mi fue solo una aventura, nunca la quise de verdad.

T: Muy bien, cámbiate nuevamente y respóndele a tu padre

P: No me sorprende nada de lo que dices y por eso mismo no me siento culpable por sentir toda esta ira en contra tuya.. Eres de lo peor.. mejor que no hayas sido parte de mi vida.

En este momento, se hace evidente la existencia de la ira que se presenta como emoción maladaptiva. La ira también se ve expresada en la constante repetición de frases como “nunca te necesité” y “le arruinaste la vida a mi mami”. Por este motivo se procede a trabajar con está emoción con el fin de facilitar el proceso de transformación de la misma. Como Greenberg (2011) menciona, la aparición de la ira es normal tras una infancia que involucra problemáticas como el abandono. La ira por lo tanto se da en este caso en respuesta

al abandono con la finalidad de “proteger a la cliente” y evitar que experimente emociones como el miedo y la tristeza que son más congruentes con la situación de abandono.

Así pues, durante tres consultas, se trabaja con la ira, hacia el padre, mediante la utilización de la imaginaria, el reflejo, la validación y principalmente la silla vacía. Los diálogos que se dan en la silla vacía facilitan la transformación de la emoción tal como dice Greenberg (2011). Posteriormente la ira es transformada en tristeza, es decir que se da un cambio de una emoción primaria maladaptativa a una primaria adaptativa lo cual según Greenberg y Watson (2006) permite que el proceso del perdón sea más fácil debido a que ésta emoción facilita la capacidad de entender al otro y ayuda también a comprender que la necesidad existente que se esperaba que el otro satisfaga, no será complacida. En este caso la cliente logra comprender y aceptar el hecho de que la necesidad de cariño paterno que siempre tuvo no iba a poder ser satisfecha. Esto se hace evidente en el proceso de trabajo con los asuntos inconclusos con la cliente donde se observa que pasa a entender el abandono desde otro punto de vista, es decir que, gracias a la utilización de la silla vacía se pudo crear empatía hacia el padre lo cual le permite entender que la situación complicada que existía entre su madre y su padre jugó un papel fundamental al momento en el que se tomó la decisión de huir, así mismo, se da cuenta que la inmadurez de padre provocó que él se deje llevar por el miedo y tome la decisión de abandonarlas.

Poco a poco la consultante va mostrándose más compasiva principalmente tras la necesidad que reporta de perdonar a su padre, proceso fundamental en el caso de traumas como el abandono según Paivio y Pascual-Leone (2011). Mediante el enunciado “aunque no me hayas pedido perdón, yo te disculpo” se anticipa lo anteriormente planteado y se utiliza preguntas como ¿Qué te lleva a perdonar a tu padre?, ¿Cómo te siente perdonándolo?, ¿Qué

emociones hay detrás de este perdón? que permiten que la consultante haga tras esta experiencia haga contacto con la tristeza y el dolor del abandono de su padre.

Como resultado de este proceso, se observa la transformación de la ira debido a que la consultante asume esta emoción como propia lo cual se expresa en frases como: “tu no tienes la culpa de esto” “si te hubieras quedado, mi mami hubiera buscado otro motivo para amargarse, no es tu culpa” “yo misma deje que esta ira me consuma y me transforme”. Esto permitió que la cliente enfoque su energía a perdonar y cerrar este capítulo de su vida de la mejor manera. Como Greenberg y Watson (2010) mencionan, la ira tiene un proceso cronológico en lo que se refiere a trauma en el cual primeramente se da el reconocimiento de la emoción, seguido por una sensación de tristeza ante la pérdida y por un último una etapa donde se deja ir la sensación de una necesidad que no fue satisfecha; proceso que se observa en las sesiones anteriormente analizadas.

Asunto 2

Otro asunto inconcluso que se identifica a lo largo del proceso terapéutico es el que tiene con la madre. La cliente reporta que constantemente tiene conflictos con ella, lo que la ha llevado a evitar expresarse con la finalidad de no provocar más de estos. Lo antes mencionado se ve reflejado en frase como:

El hecho es que yo con ella no se a qué atenerme, cualquier cosa que yo le vaya a decir tengo que pensar.... La forma en que se lo digo, una cualquier posible respuesta que ella me puede dar y según eso como vaya a reaccionar yo antes de decírselo. Ósea yo ya en mi cabeza ya me armo una película del futuro de lo que pueda pasar si yo actuó de tal o cual manera. En cambio ella cuando se enoja, dice lo que tenga que decir sin importarle nada sin estar viendo nada, no, no le interesa.

Aquí, se puede identificar el miedo a ser herida y a herir con la palabras, motivo por el cual la cliente a evitado tener conversaciones con su madre al igual que en la siguiente frase:

Pero ya no, ósea cuando ella se molesta lo que me da miedo es que ella me lastime con sus palabras, pero no el estado en el que ella se pone...

Tras esto, la terapeuta decide hacer una invitación para realización de la silla vacía con la finalidad de que se resuelva este conflicto que provoca malestar a la cliente. En un principio, es decir en la primera fase de el proceso terapéutico la cliente se niega un par de veces a hacer este ejercicio diciendo que no se siente lista para afrontar a su madre. Esto permite identificar la presencia nuevamente de temor a enfrentar las emociones como la culpa, el miedo y la ira. Por éste motivo, la terapeuta se muestra empática y refleja diciendo “entiendo que no quieras trabajar en esto” “me imagino que esto te debe provocar mucho dolor“ de tal manera que poco a poca la consultante vaya sintiéndose más cómoda, segura y pueda sobre los asuntos pendiente que mantiene con su madre. Así, después de algunas sesiones y tras aplicar otras técnicas como son la de la imaginería y la de doble silla que serán analizadas posteriormente, la cliente se da cuenta de la importancia que tiene hacer un cambio en la relación con su madre para resolver varios de sus conflictos internos. Estos conflictos internos se dan a conocer en el siguiente diálogo:

T: ¿A qué te refieres con conflictos internos?

P: A mis miedos... a mi inseguridad y.. no se, a la culpa que siempre siento cuando me enfrento a mi mami. Y no se por qué, porque siempre soy muy cuidadosa con lo que digo.. ella se reciente fácilmente y me da miedo... por que se pone como loca.

Después de dar un espacio para que la cliente se expresé por un momento, se logra identificar, por medio del desahogo, el miedo a herir a su madre y la culpa por provocar un

enfrentamiento con ella. Por este motivo se procede a realizar el ejercicio de la silla vacía. Las partes más importantes del diálogo que se da a lo largo de este ejercicio son expresadas y analizadas a continuación:

Yo tengo que pensar en todo, yo tengo que estar.. yo tengo que ser la tranquila, porque si no me pongo tranquila usted se pone peor y cada cosa que digo cada cosa que voy a hacer ya tengo que pensar a futuro cualquier posible escenario de las consecuencias de lo que yo esté haciendo para que usted no se moleste.

En esta parte se puede identificar que la cliente culpabiliza a la madre por las confrontaciones que tienen. Esto puede confirmarse también con esta frase:

Usted se pone histérica por estupideces porque hay cosas que son más graves y después de eso viene y me dice que yo tengo que estar tranquila que no me tome las cosas tan afondo que eso me hace daño a mi, entonces yo no se a que quedarme. A que me quedo si primero me grita y después me dice no entonces estate tranquila no pasa nada, no es estable, eso me hace confundir, me hace sentir mal, culpable, mala hija, de todo me haces sentir mal.

Mediante estas frases la terapeuta logra identificar que detrás de la culpa está la ira por la confusión que le provocan las palabras de su madre lo cual es evidente mediante la observación de las reacciones corporales de la consultante como son el cerrar los puños de las manos con fuerzas y fruncirse las cuales son reflejadas por la terapeuta con frases como “veo que los puños de tus manos se cierran con fuerza”

Así pues, mediante el diálogo, la “madre” acepta su culpabilidad y pide disculpas a su hija por el dolor ocasionado, lo cual permite que la cliente se sienta conmovida y tenga un momento de reflexión en el que llega a la conclusión que el sentirse triste, no es culpa de su

madre y que debe trabajar en su autoestima para que los enfrentamientos no le provoquen esta tristeza, esta ira y esta confusión. Esto se da gracias a que la cliente logra identificar y aceptar la ira lo cual facilita el proceso de perdón como mencionan Paivio y Pascual-Leone (2010). Este proceso además permitió que la cliente conozca el motivo de la ira hacia su madre que era el abuso, los gritos y el irrespeto reportado por la consultante. Como dicen Greenberg y Watson (2006), la ira es una emoción primaria maladaptativa que debe ser transformada en una ira que puede ser manejada (empoderamiento de la ira) por la persona de manera saludable lo que posteriormente lleva a sentir miedo y tristeza y como resultado se facilita el perdón. Así mismo, como se explicó anteriormente, el aceptar que las necesidades no pueden ser satisfechas por la otra persona, facilita también el proceso del perdón (Greenberg y Watson, 2006). En este caso, la cliente logra aceptar que tiene la necesidad de trabajar en su autoestima y que esto es un trabajo propio de ella por lo que su madre no es la culpable de que ella se sienta triste, confusa y con ira por las constantes confrontaciones. Este proceso de resolución de asuntos incluso tomó dos sesiones.

Sensaciones confusas

El marcador de sensaciones confusas, se presenta también durante las consultas terapéuticas. Este marcador hace referencia las sensaciones que no son claras para la persona, es decir que la persona es incapaz de explicar o definir la sensación sentida (Greenberg, 2011). Esto se hace evidente a lo largo de las sesiones con frases como “me siento extraña” “cuando peleo con mi madre, después me siento como.., no se como explicar”, “cuando mi mami me dice esas cosas se me viene una cosa como, una sensación que no se como explicarte pero me da ganas de llorar”. Estas frases, tal como dice Gendlin (2012), indican la presencia de emociones que no han sido identificadas ni exploradas para lo cual un proceso de focusing

actúa como facilitador hacia el trabajo con las mismas mediante la sensaciones corporales sentidas a las cuales, en una etapa final del focusing, se la puede verbalizar y transformar razón por la cual son tomadas como punto de inicio para el trabajo de las sensaciones confusas.

Una de las intervenciones realizadas se presenta a continuación:

T: Quiero que cierres tus ojos, te pongas cómoda y respires profundamente. Ahora, vamos a centrarnos en encontrar sensaciones en el cuerpo, ¿puedes identificar alguna sensación como respuesta a la experiencia que me acabas de contar?

P: No

T: Respira nuevamente. Me cuentas que después de las discusiones con tu madre, aparece una sensación que no puede describir. Pongámonos por un momento en esta situación, ¿alguna sensación?

P: Siento la cabeza pesada

T: Mmhm... concentrémonos por un momento en esta sensación de pesadez en la cabeza.

El proceso sigue su curso donde la consultante le da una imagen menos abstracta a ésta sensación a la que define como pesadez en la cabeza. Tras realizar el proceso completo, la sensación es definida como pesadez en la cabeza, que oscurece los pensamientos y le provoca pensamientos negativos hacia su madre. Posteriormente la relación que hace entre esta sensación y sus emociones se ve reflejada en la siguiente palabras dichas por la cliente:

P: Es que me da iras, me da rabia que haya tenido que crecer lejos de ella..

Luego, se enfoca esta sesión hacia el trabajo de la ira. Cuando la ira se presentaba, la consultante culpabilizaba a su madre y le era difícil ser empática con ella. Después de

culpabilizar a la madre, se presentaba la culpa hacia ella misma, esto se reflejaba en frases como “debería entender“, “soy mala por pensar eso de mi madre“, “no puedo guardar rencor por estas cosas“, “siento que es un capricho mío“. Esto se relaciona también con el estado depresivo que presenta la cliente. Como mencionan Greenberg y Watson (2010), la culpa se ve relacionada con el sentimiento de no haber cumplido las expectativas que otras personas tenían. Así mismo, estos autores mencionan que en el caso de las personas con depresión, incluso el sentir ira, se vuelve un detonante de los sentimiento de culpabilidad, lo cual claramente es reflejado a en las sesiones antes analizadas.

Con el objetivo de ayudar a la consultante, la terapeuta se enfoca en hacer que la consultante vuelva a vivir ese momento de la manera más real posible a través de la imaginaria, de tal manera que pueda ser capaz de regresar y revivir las emociones que se presentaban en el momento en que su madre regresaba a la ciudad y la dejaba con sus abuelos. Como resultado de este proceso, la cliente hace una transformación de la emoción, y concluye que sí bien en un principio sentía ira ante el abandono de la madre, lo que la llevaba a tener pensamientos y sensaciones negativas en relación a su madre y posteriormente a sentirse culpable, las emociones que se encontraban atrás de ésta eran en realidad emociones como el miedo a ser abandonada nuevamente y la tristeza ante la falta de esta figura materna en su niñez. Esto permitió tener una visión más compasiva sobre su madre y menos dura con ella.

Reacciones problemáticas

A lo largo del proceso terapéutico también se identifican reacciones problemáticas que provocan malestar a la consultante. Ante estas, basándose en los marcadores expuestos por Greenberg (2011) la terapeuta decide hacer la intervención y ayudar en la exploración de la raíz de estas reacciones.

Reacción problemática 1

Una de estas reacciones es el insomnio que la consultante reporta y del que no puede reconocer la causa. Reporta que al momento en el que va a dormirse, se presenta un miedo muy intenso el cual la lleva a taparse la cara con las cobijas, levantarse y revisar que no hayan personas afuera. Por este motivo, la terapeuta hace una invitación hacia la exploración de las emociones tras este problema. En un principio, con la finalidad de entender el problema, se procede a hacer preguntas que permitieran obtener información sobre posibles causas y desencadenantes y posibles emociones alrededor de la problemática. Para lograr el objetivo planeado se hace la intervención por medio de la imaginería, proceso en el que mediante la utilización de fantasía se hace un acercamiento a las emoción. Según Smucker (2010), el evocar una experiencia por medio de la imaginación facilita el acceso a las emociones y por ende el trabajo con las mismas. Por este motivo la terapeuta hace la siguiente intervención:

T: Quiero que cierres los ojos y respires profundamente 3 veces

P: Ya

T: Ahora quiero que en este momento, imagines que ya ha llegado el final del día y te vas a ir a acostar ¿dónde estas?

P: En mi cuarto

T: ¿Qué estas haciendo?

P: Me estoy poniendo la pijama

T: ¿Como te sientes?

P: Ahorita tranquila

T; Mmhm entonces estas en tu cuarto poniéndote la pijama y te sientes tranquila.

P: Aja

T: ¿Después que sucede?

Cuando se llego a este punto, la cliente abrió los ojos y dijo “no puedo“, razón por la cual la terapeuta decidió parar el ejercicio. Esto se dio claramente por la evitación a sentir miedo lo cual se hace evidente con la utilización de frases como “el miedo me hace sentir débil“, “me siento un poco ridícula sintiendo miedo en las noches, como cuando era niña“. En esta última frase también se puede observar la presencia de sentimientos de vergüenza. El miedo y la vergüenza son comúnmente reportados en casos de depresión como emociones improductivas que producen el estancamiento en el proceso terapéutico (Greenberg y Warson, 2010), razón por la cual, el trabajo con las mismas es muy importante. Así pues, algunas sesiones se destinan al trabajo del miedo y la vergüenza, causantes del insomnio, mediante la exploración de las mismas. En este proceso se utiliza el reflejo con la finalidad de que la consultante se sienta entendida y aceptada lo cual es importante, según Greenberg y Warson (2010), por el hecho de que debido a la presencia de la depresión, estas emociones pueden afectar el autoestima y desencadenar más reacciones problemáticas.

Posteriormente, la cliente comienza adquirir seguridad y confianza para trabajar con estas emociones por lo que nuevamente se utiliza la imaginación para el trabajo del insomnio. Esto puede deberse a que, como resultando del reflejo y la validación, se fortalece el autoestima y la cliente siente más seguridad para trabajar con las emociones. Así, después de un largo proceso, sale a la luz la raíz del problema el cual se relaciona con miedos de la niñez. La cliente logra hacer conexión entre los miedos nocturnos y el miedo al abandono. Esto es evidente cuando cuenta que, cuando vivía con sus abuelos, su madre la visitaba y dormía junto con ella pero que cuando se despertaba ella ya se había marchado lo cual provocaba mucho tristeza. Además también reporta que sentía un miedo intenso a que su madre no volviera y

que comúnmente tenía sueños en donde la madre la abandonaba. Por esta razón la terapeuta destina el resto de la sesión al trabajo de los miedos nuevamente en torno al abandono.

Por último, después de este trabajo a lo largo de estas dos sesiones, la consultante logra entender lo que le sucede y se da cuenta que el miedo nace de experiencia de la niñez lo que le ayuda a entender la emoción del miedo al abandono permitiéndole la disminuye sentimientos de vergüenza. Al final de este proceso, la cliente reporta haber experimentando una disminución del miedo antes de dormir y por lo tanto menos días de insomnio. Reporta que antes de la intervención realizada, de los 7 días de la semana, sólo lograba conciliar el sueño uno o dos días. Los demás días, no le era posible profundizar el sueño, se despertaba a cada rato, se ponía ansiosa y no podía mantener los ojos cerrados ya que el miedo la obligaba a abrirlos. Ahora, manifiesta que durante la última semana había podido dormir profundamente cuatro días y que los miedos y el insomnio solo se habían presentado tres días, lo cual la ha llevado a sentirse capaz de resolver sus problemas lo cual se ve reflejado cuando dice: “Siento que vencí el insomnio“, “me siento fuerte porque ya no tengo esa sensación de que algo me va a pasar si me quedo dormida“ frases que reflejan que la cliente siente los logros como suyos, lo cual es un factor positivo para el fortalecimiento del autoestima

Reacción problemática 2

La falta de concentración y memoria también es una reacción problemática que se trabaja a lo largo del proceso terapéutico durante cuatro sesiones. Está problemática fue expresada como el principal motivo de consulta en un principio. Al igual que el insomnio, la cliente no puede identificar la raíz de esta problemática. Por este motivo conjuntamente con la cliente se estable como objetivo encontrar la base de estos problemas para lo cual se utilizan herramientas como la imaginería y el reflejo ya que como se ha mencionada antes, el uso de la

fantasía para experimentar una situación específica permite el acercamiento hacia las emociones.

Por este motivo, se realizan ejercicios donde se lleva a la cliente a revivir momentos en los que necesita de estas capacidades cognitivas. Se le pide que cierre los ojos e imagine que tiene que estudiar para un examen de la universidad. Luego en el momento en se encuentra estudiando en su imaginación, se le pide que identifique que sucede, que sensaciones tiene, que pensamientos invaden su cabeza. Tras esta intervención la consultante dice: “me siento preocupada, es una preocupación lo que puedo identificar”, “no siento ganas de seguir estudiando” y “me siento confundida, no entiendo lo que estoy estudiando“. Estas frases permiten observar que las emociones que se relacionan con la depresión que la cliente presenta, son la causa de su falta de concentración lo cual puede asegurarse cuando menciona que se siente muy a gusto con su carrera y está segura de que es lo que quiere hacer pero que debido a estas disminución en la concentración y la memoria se frustra mucho por que no puede cumplir con las responsabilidades académicas. Por esta razón se plantea que estos problemas cognitivos son el resultado de un proceso depresivo, el cual dentro de sus criterios nombra a la disminución de la capacidad de concentración (DSM-IV, 2000).

Conflict-Splits

A lo largo del proceso terapéutico realizado con ésta cliente, existen dos momentos claros, en dos sesiones, en lo que se da una división entre las dos partes del “self “. Según Greenberg (2011), ante la presencia de un conflicto entre las dos partes del self se produce una sensación de conflicto interno que provoca malestar a la persona debido a la crítica que se produce. Así pues, la EFT promueve la utilización del ejercicio de la doble silla con la

finalidad de resolver el conflicto interno y permitir que la cliente conozca detalladamente a las dos partes del “self” que se encuentran involucradas.

Conflict-Split 1

El primer conflicto entre dos partes de self se identifica cuando la consultante reporta que no ha tenido una buena semana por las constantes confrontaciones que ha tenido con su madre. En cuanto a esto dice:

Este fin de semana me iba a ir con unos amigos a una competencia de patinetas... a mi me gustan esas cosas, entonces yo estaba súper ilusionada con eso... hasta que vino mi mami y me dijo que había un paseo con sus compañeras del trabajo.. entonces yo le dije que no quería ir no.. por lo que tenia esa otro cosa.. y bueno se resintió tanto ella... y me dijo tantas cosas que a la final me sentí súper culpable por no ir.. y termine yendo.. y me perdí la competencia.. eso me hace sentir mal porque siempre pasa lo mismo.. como que termino haciendo todo por darle gusto a ella.. entonces hay una vocecita que me dice que es mi obligación ir con ella y otra que me dice que no vaya y que haga lo que yo quiera, que me rebele.

La última frase revela la existencia de una división interna que provoca conflicto, por lo que después de explicar la modalidad del ejercicio, se da inicio al diálogo entre estas dos parte de la consultante. La parte que comienza hablando, es la que le dice que se revele a la cual la consultante la llama la “mala hija“ mientras que a la que siente la obligación de acompañar a su madre y se culpabiliza si no lo hace ella la llamó “buena hija“. El diálogo que se da se presenta a continuación, el nombre de la cleinte será reemplazado por X para conservar la confidencialidad:

T: Ya, entonces esta X buena hija está aquí sentada contigo y quiero que le digas las cosas que me acabaste de decir a mí, que más le quisieras decir.

P: Ya no puedes hacer nada más, respira profundo y has algo que te divierta a ti, algo que te relaje a ti, algo que no tenga que ver con tu familia ni con las demás personas.

Aquí, claramente se observa que debido al conflicto existente, las necesidades importantes para la cliente no están siendo satisfechas. Angus y Greenberg (2011) afirman que la utilización de la técnica de la doble silla permite la identificación de las necesidades de la persona motivo por el cual la terapeuta se enfoca en escuchar el diálogo que se da entre estas dos partes con la finalidad de identificar estas necesidades. Así, a medida que se lleva a cabo el ejercicio, se identifica la necesidad que tiene la parte que representa a la “buena hija” de “rebelarse“. En este caso el rebelarse se refiere a una necesidad de ser libre y dejar de lado la preocupación por los demás, específicamente de su madre y su hermano lo cual se ve reflejado cuando la “mala hija“ le dice a la “buena hija“ lo siguiente:

Sé que te duele como a mí pero tienes que hacerlo, tienes que encontrar una forma, no necesariamente gritando o siendo grosera pero tienes que encontrar una forma. El problema es que tú nunca crees que estas lista para nada. En lo que respecta a mamá tu no crees estar lista, es algo irónico porque eres más arriesgada para cualquier otra cosa. Pero en lo que respecta a tu vida, a sentirte mejor, simplemente no lo haces. No puedes hacerlo y me pregunto por qué no puedes hacerlo y te voy a seguir martirizando hasta que lo hagas.

Así pues, tras el escuchar el diálogo que se da se logra identificar la necesidad de un cambio en la relación con su madre y en su vida lo cual es identificado como un asunto inconcluso. Gracias a esta intervención, se establece las necesidades de la cliente por solucionar su

conflicto con la madre y posteriormente se trabaja en las siguientes sesiones y en la intervención de asuntos inconclusos con la madre analizada anteriormente en este capítulo.

Conflict-Split 2

Otra conflicto que se da entre las dos partes del “self” de ésta cliente, se presenta al momento en el que a la consultante se le presenta la oportunidad irse a trabajar en una reserva ecológica en el Oriente lo cual ha provocado un “dilema” como ella lo llama. Menciona que es difícil tomar una decisión por la situación familiar en la que vive. Su principal preocupación es abandonar a su familia lo que es expresado por la cliente de la siguiente manera:

Es que por un lado si quiero irme porque sé que es una súper buena oportunidad para mi pero por otro lado siento que no puedo, que tengo una obligación aquí

Esta frase permite la clara identificación de las dos partes del self que se encuentran en conflicto. Nuevamente en ésta parte del ejercicio se observa la presencia de culpa que se relaciona con el sentir que tiene una obligación y que debe cumplir las expectativas que se tiene sobre ella que es principalmente cumplir un rol de cuidadora de estabilizadora dentro de su hogar lo cual es visible con frases como esta:

Ya, bueno.. esta es una oportunidad para mi.. no solo por mis estudios, si no como persona... ósea una oportunidad de crecer, estando alejada de todo.... Además, nunca he hecho nada por mi.. siempre estoy pensando en mi mami y mi hermano y creo que me merezco esto... ya eso..

Esta frasee es expresada desde el lado que quiere irse, que quiere auto realizarse y que no es crítica con la cliente. Por otro lado, la otra parte del “self” dice:

No lo hagas, te vas a sentir muy culpable, yo te voy a hacer sentir muy culpable y eso no te va a permitir disfrutar de esta experiencia, no siempre podemos hacer lo que

queremos y ya deberías acostumbrarte a eso.. tu tienes otras responsabilidades, tu hermano y tu mama dependen emocionalmente de ti, les vas a causar un dolor muy grande a ellos. No seas egoísta, la única que se beneficia de esto eres tu y eso es ser egoísta

En esta frase en cambio se puede hacer la clara identificación de auto crítica, lo cual hace relación con la marcada culpabilidad que como Paivio y Pascual-Leone (2010) mencionan, se ve asociada con la parte del “self” que critica y nace de un sentimiento de ser responsable por el bienestar de los demás.

Ante esta frase, la parte no crítica del “self” que es la que quiere irse y sentirse auto realizada responde:

No soy egoísta, siempre he pensado en ellos y por primera vez quiero hacer de lado todo eso y pensar en mi. Toda mi vida he dejado cosas por ellos.. es verdad que tal vez me sienta culpable si me voy.. pero si no me voy también me voy a sentir mal.. muy mal me voy a sentir.. culpable conmigo misma y esa culpa creo que es peor.

En esta parte comienza a observarse que la parte que quiere irse comienza a adquirir el rol de dominante lo cual le permite tener argumentos de mucho peso para confrontar a la otra parte lo cual se puede ver en ésta parte del diálogo:

Si, si me vas a hacer sentir culpa y tal vez me ponga mal por algunos días y tenga que lidiar con esa culpabilidad también por algunos días o algún tiempo pero si me quedo... si me quedo, nada va a cambiar y la culpa no va a estar solo por algunos días, si no por el resto de mi vida por haber perdido esta oportunidad, entonces... irme.. irme no es simplemente una opción.. es una decisión que va a cambiar mi vida positivamente.

Tras esta frase, la terapeuta considera que es tiempo de hacer el cierre de tal manera que la parte que quiere irse, que debido al diálogo se transformó en la dominante, pueda quedarse fijada. Como indica Greenberg (2011), el objetivo de la doble silla permite que la parte crítica se apacigüe, objetivo que puede darse por cumplido después de esta finalización.

Cierre Terapéutico

Luego de haber trabajado con las problemáticas anteriormente analizadas, la cliente reporta sentirte “diferente”. Para conocer el significado de esta palabra la terapeuta hace la siguiente intervención:

T: ¿Como es diferente?

P: Eso.. distinta.. siento que he cambiado.. en el buen sentido de la palabra. La verdad como te dije antes, en mi casa nada ha cambiado, mi mami sigue siendo igual y bueno creo que en vez de dedicarme a pelear, verle lo negativo y morirme de iras... ahora trato de enfocarme en lo positivo y eso me hace sentirme mejor

T: ¿Qué es mejor?

P: Tranquila.. segura y fuerte... ósea ahora cuando ella me dice cosas feas, por ejemplo, yo como que no me lo tomo personal... si no que digo.. esta enojada y no puede controlar lo que dice.. y es chistoso porque es lo que me pasaba a mi..

En este diálogo se puede identificar que la cliente se siente en control de sus reacciones ante las confrontaciones con su madre debido a que ahora, como ella menciona, ya no se toma personal las palabras de su madre si no que, por el contrario, lo ve como una respuesta ante emociones que su madre no puede controlar. Así mismo, frases como “estoy dedicándome a mi”, “volví a escribir” y “me siento motivada” son indicadores de la mejoría de la cliente motivo

por el cual la terapeuta considera que si la consultante desea se puede dar por finalizado el proceso terapéutico. La intervención realiza fue la siguiente

T: Bueno, no se como te sientas tu al respecto pero te veo mucho mejor, inclusive la forma en la que te ves, es como que, como tu misma dices, te has transformado

P: Si, me siento muchísimo mejor.. ósea se que siempre voy a tener alto y bajo ¿no?.

T: Como todos..

P: Si justamente, pero me siento tranquila porque se que cuando vuelva a tener estos “bajos” no me voy a estancar ahí y voy a poder salir

T: Que bueno que te sientas segura de ti misma, de que tu puedes hacer ese proceso de salir como tu dices..

P: Si, la verdad quería decirte eso, que creo que ahorita ya no necesito venir.. ósea no se que piensas tu

T: ¿Qué piensas tu mejor dicho?

P: Sabia que me ibas a responder eso.. pienso que si

Este último diálogo marca la finalización del proceso terapéutico de la cliente quien, por iniciativa propia, concluir el proceso terapéutico tras reportar que se siente más tranquila y segura de que podrá manejar sus conflictos ahora que tiene las herramientas para hacerlo.

Cambios cuantitativos

Aparte de los cambios antes mencionados en cuanto a cada marcador presentado y trabajado a lo largo de las sesiones terapéuticas, se obtuvieron de esta investigación también cambios cuantitativos gracias a la aplicación del inventario de síntomas SCL-90. Con la finalidad de identificar claramente los cambios, se aplicó este inventario en la primera etapa

del proceso terapéutico y posteriormente en la última sesión con la consultante. Los resultados obtenidos son analizados a continuación:

Resultados Pre-Intervención y Post-Intervención

PUNTAJES T SCL-90-R												
	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMPS
Pre intervención	60	60	45	63	73	60	55	50	65	60	60	63
Post intervención	60	55	45	55	60	55	50	55	63	59	55	50

Estos resultados nos permiten hacer una comparación de los síntomas presentes en la consultante antes y después del proceso terapéutico y de la exposición a la Terapia Focalizada en la Emoción. Mediante el análisis de los mismos se puede observar los cambios cuantitativos del estudio realizado. Para esto se debe considerar que para que un puntaje sea significativo e implique un riesgo de desarrollar una psicopatología el puntaje T debe ser mayor o igual que 63 (Casullo y Pérez, 2008).

El análisis de las escalas se basa en las referencias de Casullo y Perez (2008).

En la primera escala que mide Somatizaciones (SOM), el puntaje obtenido en el pre-test y en post-test fue de T=60 lo que significa que no existió cambio en relación a la presencia de malestar percibo por la persona como una disfunción corporal.

En la escala de Obsesiones y Compulsiones (OBS) el puntaje obtenido en el inventario pre-intervención equivale a T=60. El resultado post-intervención fue igualmente de T=60 lo

que muestra que no existió variación en cuanto a presencia de síntomas del trastorno obsesivo compulsivo.

La escala de Sensibilidad Interpersonal (SI) tampoco muestra variaciones en los resultados cuyos puntajes pre-intervención y post-intervención fueron de T=45, lo cual indica que no hubo cambio en lo que se refiere a síntomas de inferioridad.

En cuanto a la escala que mide Depresión (DEP) los resultados mostraron un puntaje equivalente a T=63 para la pre-intervención lo cual, por lo antes mencionado, es significativo e implica riesgo de desarrollo de psicopatología. El resultado post-intervención muestra una disminución de 8 puntos en la escala T con un resultado de T=55 lo que indica que la cliente ya no se encuentra en riesgo de desarrollo de psicopatología y una disminución de rasgos y síntomas depresivos.

En referencia a la escala de Ansiedad (ANS) el puntaje pre-intervención fue de T=73 lo cual indica riesgo de desarrollar una psicopatología. El puntaje obtenido en el post- test fue T=60 lo que muestra una disminución de 13 puntos en la escala T y la reducción de riesgo de desarrollo de psicopatología junto con la disminución de síntomas de ansiedad.

Por otro lado, la escala de Hostilidad (HOS) indica una puntuación T de 60 en el resultado pre-intervención y en los resultados post-intervención se observó una reducción de 5 puntos en la escala T con una puntuación de T=55 que indica que no existe presencia de efectos negativos de enojo.

El análisis de la escala de Ansiedad fóbica (FOB) reporta un puntaje de T=55 pre-intervención y T=50 post-intervención descartando la presencia de miedos persistentes a un objeto o situación en particular.

En Ideación Paranoide (PAR) el pre-test muestra una puntuación de T de 50 mientras que el post-test muestra un puntuación de T=55. Aunque existe una elevación en esta escala, como se dijo anteriormente, ésta no es significativa ya que se encuentra por debajo de 63 lo que indica que no existe riesgo de desarrollar psicopatología y tampoco existen comportamientos paranoide riesgosos.

La escala de Psicotismo (PSIC) muestra resultados de T=65 en pre-intervención y T=63 en resultados post-intervención. Estos resultados son significativos y muestran la presencia de síntomas que se refieren a sentimientos de soledad, el control de los pensamientos y alucinaciones. La puntuación alta obtenida en esta escala puede deberse a la elevación de la escala de Total de Síntomas Positivos la cual indica exageración de patología.

En cuanto a la escala que mide el Índice de Severidad Global (IGS) el puntaje fue de T=60 en el inventario pre-intervención y de T=59 en el inventario post-intervención lo que indica disminución de la severidad del nivel de malestar.

El puntaje Total de Síntomas Positivos (TPS) en el pre-test fue de T=60 y de T=55 en el post-test lo que indica una disminución de síntomas en 5 puntos de la escala T.

El análisis del Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) pre-intervención fue de T=63 y post-intervención de T=50 lo que muestra que la consultante disminuyó la tendencia a exagerar los síntomas.

La disminución de las escalas mencionadas se da como resultado del trabajo con las emociones y de la resolución de los conflictos. Debido a que todas estas escalas se relacionan, puede decirse que la transformación de las emociones maladaptativas, la resolución de los asuntos inconclusos con sus padres, la identificación de las sensaciones confusas y el trabajo

con las reacciones problemáticas, influenciaron los cambios que son observables en el test realizado.

Casullo & Pérez (2008) dicen que para que exista un riesgo de desarrollar una psicopatología el puntaje T, debe ser mayor o igual que 63, por lo que la elevación la de la escala de Paranoia (PAR) no representa un problema, ya que el puntaje T es de 55. Ésta elevación pudo deberes quizá a la relación de ésta escala con la escala de Psicotismo (PSIC) en la que si se observa un puntaje significativo de T=63. Esto puede deberse a alguna situación de estrés que se presentó antes de responder el inventario o también puede relacionarse con los sentimientos de soledad que no han sido todavía trabajados en el proceso terapéutico y que formar parte de esta escala.

Los cambios cualitativos son observables sobre todo en la etapa final del proceso terapéutico. La disminución de la depresión por ejemplo, es visible entre sesión y sesión inclusive en la forma de hablar y expresarse de la consultante. Así mismo la disminución de la ansiedad, sobre todo presente al momento de hablar de emociones como el miedo al abandonó, la vergüenza de sentir miedo en las noches, la culpa por no cumplir con sus “obligaciones” las cuales luego de ser trabajadas se transforman. Estos cambios se hacen evidentes cuando la consultante dice “me siento mas tranquila”, “me he dado cuenta que no tengo porque sentirme culpable”, “cuando me da miedo en las noches es como que me abrazo a mi misma y me tranquilizo, ya no me dura mucho ese miedo”.

Importancia del estudio

El presente estudio será de beneficio para los estudiantes de psicología y profesionales en éste campo que quieran conocer sobre la Terapia Focalizada en la Emoción y sus efectos en procesos de depresión debido a que permite conocer los efectos de las técnicas aplicadas en las distintas problemáticas traídas a sesión por la consultante. Además, puede ser de beneficio para psicólogos principiantes que tengan casos de clientes con depresión y necesiten una guía para el tratamiento de los mismos. De igual manera, el presente trabajo permite hacer una concientización sobre la importancia del trabajo con las emociones, no solo en casos de depresión si no en cualquier problemática que sea traída a consulta. Sin embargo, es importante recalcar que, al ser un estudio con una sola persona, los resultados y beneficios no pueden ser generalizados.

Así mismo la investigación realiza es un incentivo hacia la realización de más investigaciones con respecto a los tratamientos para personas con síntomas depresivos ya que como se pudo ver, la depresión conlleva otros problemas por lo que sería importante que se siga investigando sobre el mismo utilizando como referencia este trabajo debido a que la información teórica es completa y proviene de fuentes confiables. Igualmente la investigación realizada, al ser un estudio de caso, servirá como aporte para los futuros practicantes de psicología clínica por el hecho de que aporta técnicas que pueden ser utilizadas con sus clientes.

Por último el presente trabajo, podrá utilizarse en procesos de aprendizaje de futuros estudiantes de psicología clínica ya que incluye experiencias propias como practicante que podrían considerarse importantes para el desarrollo profesional de los mismos.

Resumen de sesgo del autor

En la presente investigación pudiera existir sesgo en la parte del análisis de los resultados del inventario aplicado a la cliente por el hecho de que el SLC-90 es un inventario en el que las respuestas pueden verse alteradas por distintos motivos que no necesariamente implican cambio de la persona como son los factores externos como el estrés y el estado de ánimo. Las variaciones entre el pre test y post test por ejemplo pueden relacionarse con la falta de entendimiento del vocabulario expuesto en la prueba o con factores que afectaron ese día específicamente a la consultante y provocaron que elija las respuestas de manera aleatoria.

CONCLUSIONES

Respuesta a la pregunta de investigación

La investigación realizada tuvo como objetivo conocer los efectos de un proceso terapéutico basado en Terapia Enfocada en Emociones, en una joven con síntomas depresivos y problemas de concentración y memoria. El análisis de los datos obtenidos en las sesiones terapéuticas realizadas da a conocer el efecto positivo en la consultante mediante la comparación del inventario de síntomas (SCL-90-R) aplicado antes y después del proceso terapéutico en el que se observa la disminución en la escala de depresión de ansiedad.

Los cambios en relación al diagnóstico planteado al inicio del proceso también muestra los efectos positivos en la cliente. Esto se puede asumir ya que según el diagnóstico establecido en el DSM-IV, para depresión, la consultante debe cumplir con ciertos criterios con los que ya no cumple, como son el estado de ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, la falta de interés y motivación en la mayoría de actividades, el insomnio, los sentimientos de culpabilidad y la disminución de la capacidad de concentración los cuales estaban presentes en un inicio y que fueron trabajándose a lo largo de las sesiones terapéuticas (DSM-IV-R, 2000).

En cuanto al primero de los criterios mencionado que se refiere al estado de ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, la consultante reporta una disminución del mismo y dice sentirse equilibrada. Así mismo reporta que las emociones relacionadas con la felicidad son experimentadas con más frecuencias. Menciona que actualmente el estado de ánimo depresivo se presenta únicamente unas horas a la semana, por lo que se puede concluir que efectivamente el trabajo con las emociones han sido de beneficio para ella.

En relación a la falta de interés y de motivación en las actividades en general, se puede concluir que la Terapia Focalizada en las Emociones ayudó a que la cliente se motive

nuevamente, por el hecho de que se trabajó mucho en darle importancia a sus necesidades y sus deseos. Se observó un cambio en relación a su actitud ante el desarrollo profesional, mostrando interés por sus estudios y aprobando todas las materias que se encontraba cursando.

Los hábitos de sueño de la consultante son actualmente regulares, lo que quiere decir que el problema de insomnio se presentó como síntoma de depresión y que al disminuir la depresión por el trabajo emocional, pudo vencerse al insomnio. Esto también sucedió con la falta de concentración y memoria que se dieron como resultado de un estado depresivo en el que la falta de contacto emocional afectaba las capacidades atencionales de la cliente dando como resultado una dificultad para desempeñarse normalmente en varios campos de su vida.

La eficacia de la Terapia Focalizada en la Emoción para éste caso, específicamente también se observa al momento en el que la consultante tiene que tomar decisiones importantes en su vida. En un principio del proceso, las decisiones eran tomadas en torno a las necesidades de los demás. Para el final del proceso la cliente es capaz de tomar decisiones por sí misma enfocándose principalmente en ella y en sus deseos.

Adicionalmente se puede concluir que a pesar de que las constantes confrontaciones que la cliente reporta con su madre no se han visto disminuidas, las emociones en torno a estas han sido transformadas de una manera positiva lo cual permite que no tengan el mismo efecto de provocar malestar, culpabilidad e ira.

Como conclusión general se puede afirmar que un proceso de Terapia Focalizada en la Emoción es beneficioso para la disminución de síntomas depresivos ya que permite el trabajo de las emociones. Así mismo se concluye que la falta de concentración y memoria reportada en este estudio de caso era provocada por el estado de ánimo depresivo.

Limitaciones del estudio

La presente investigación expone los beneficios de un proceso de Terapia Focalizada en la Emoción para el tratamiento de la depresión. Sin embargo debe considerarse que por ser un estudio de caso, las conclusiones halladas son referente a una sola persona con características específicas y por lo tanto no puede ser generalizado.

Así mismo debe considerarse que varias de las conclusiones elaboradas se basan en la observación lo que puede sesgar los resultados debido a la influencia de emociones, percepciones y pensamientos propios de la terapeuta con respecto a la consultante.

Recomendaciones para futuros estudios

Por el resultado obtenido sobre los beneficios de la Terapia Focalizada en las Emociones para casos de depresión, se recomienda que se siga investigando sobre el tema con la finalidad de reunir evidencia que siga aportando a la efectividad de ésta terapia. Además, se recomienda la utilización del SCL-90-R ya que permite conocer síntomas que causan malestar al cliente y por lo tanto ayuda a que se oriente el proceso terapéutico en la dirección correcta.

Así mismo, es recomendable que se realicen mas estudios de caso con el objetivo de tener una muestra significativa y poder generalizar los resultados obtenidos en la presente investigación.

Por último, con el propósito de que los resultado no se vean afectados por la subjetividad del terapeuta en un estudio de caso, se recomienda filmar o grabar las sesiones de tal manera que puedan ser vistas y analizadas por otros observadores y de esta forma emitir conclusiones acertadas.

Resumen general

Esta investigación fue realizada mediante el estudio de caso de una mujer joven con síntomas depresivos con el objetivo de demostrar la efectividad de un proceso terapéutico enfocado en el trabajo de las emociones para la disminución de los síntomas. Para el propósito anteriormente planteado se aplicó el inventarios de síntomas SCL-90-R al principio del proceso y posteriormente en la etapa final del mismo de tal manera que pueda observarse cuantitativamente los cambios.

Por otro lado, se realizaron 15 sesiones terapéuticas donde se aplicaron técnicas de Terapia Focalizada en la Emoción con la finalidad de hacer observaciones sobre cambios visibles que apoyaran la hipótesis de la investigación.

Las observaciones junto con el análisis del inventario aplicado dieron a conocer que un proceso terapéutico basado en Terapia Focalizada en la Emoción es de benéfico para tratar casos de depresión lo cual pudo comprobarse en el análisis de resultados donde se observo que las puntuaciones de las escalas de depresión y ansiedad bajaron.

REFERENCIAS

Alemaný, C. (Ed.). (2007). *Manual práctico del focusing de Gendlin*. Desclée de Brouwer.

American Psychiatric Association (Ed.). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR®*. American Psychiatric Pub.

Angus, L. E., & Greenberg, L. S. (2011). *Working with narrative in emotion-focused therapy: Changing stories, healing lives*. American Psychological Association. Washington, DC.

Arango Cammaert, A. M., & Moreno Franco, M. F. (2009). Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico. *Acta Colombiana de Psicología*

Bados, A., & García, E. (2011). Habilidades terapéuticas. Obtenido de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/18382> el 22-04-2014

Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2013). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México.

Bucci, W. (2002). Caminos de la comunicación emocional. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (10), 2.

Caballo, V. (2005). Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad. Ediciones Pirámide. Madrid.

Cain, D., & Seeman, J. (2008). *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice*. American Psychological Association. Washington, DC.

- Casullo, M. & Pérez, M. (2008). *El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L.Derogatis*. CONICET. Argentina, Buenos Aires.
- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A. M., Herrero, O., & Pacheco, M. (2011). Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory Short (WAI-S).
- Elkins, D (2009). *Humanistic psychology: A clinical manifesto*. Colorado Springs: University of the Rockies Press.
- Gendlin, E. T. (2012). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. Guilford Press.
- Greenberg, L. (2000). *Emociones: una guía interna*. Ed. Descleé de Brouwer.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association. Washington, DC.
- Greenberg, L. S., Elliott, R., & Pos, A. (2009). La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto. *Boletín Científico*, 142.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. American Psychological Association. Washington, DC.
- Grof, S. (2010). Breve historia de la psicología transpersonal. *Journal of Transpersonal Research*, 2(2), 125-136.
- Goodale, E. P., Kline, G., & Park, R. (2007). Síntomas cognitivos de la depresión. *Revista de Toxicomanías*, 5.
- Mendoza, M. A. G., & Angel, M. (2000). Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: definición, clasificación y metodología. *Revista de Ciencias Humanas*.

Moreira, V. (2008). Psicología humanista fenomenológica. *Cartografía de la psicología contemporánea: pluralismo y modernidad*, 165.

Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H., & Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1201-1209.

Paivio, S. C., & Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-focused therapy for trauma treatment model*. American Psychological Association. Washington, DC.

Roda, M. D. S., & Sánchez, F. J. P. (2003). Relaciones entre el autoconcepto y el rendimiento académico, en alumnos de Educación Primaria. *Electronic journal of research in educational psychology*, 1(1), 95-120.

Rogers, C. (2012). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin Harcourt.

Ruiz, M.A. y Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Salama, H. (2010). *Psicoterapia Gestalt: Procesos y metodología*. Editorial AMAT.

Smucker, M. R. (2010). Imagery Rescripting Therapy. *Common Language for Psychotherapy Procedures The first 80*, 96.

Woldt, A. L., & Toman, S. M. (Eds.). (2005). *Gestalt therapy: History, theory, and practice*. Sage.

Yanez, J., 2014. Emoción Psicología: concepto general de la emoción en la psicología, 6 categorías básicas de la emoción. Obtenido de <http://psicologosenlinea.net/156-emocion->

psicologia-concepto-general-de-la-emocion-en-la-psicologia-6-caterorias-basicas-de-la-emocion.html#ixzz2ygBqFfWh el 07-04-2014

Zalbidea, M. A., Carpintero, H., & Mayor, L. (1990). Condiciones del surgimiento y desarrollo de la Psicología Humanista. *Revista de Filosofía (Madrid)*, 3, 71.

Zandio, M., Ferrín, M., & Cuesta, M. J. (2009, February). Neurobiología de la depresión. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 25, pp. 43-62).

ANEXOS

Inventario de Síntomas SCL-90-R

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

Nombre _____

Edad _____

Fecha de hoy _____

Sexo: Mujer Hombre

Educación:

 Primario incompleto Secundario incompleto

Superior incompleto

 Primario completo Secundario completo Superior completo

Estado civil:

 Soltero Divorciado Viudo/a Casado Separado En pareja

Ocupación: _____

Lugar de nacimiento: _____

Lugar de residencia actual: _____

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

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

durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

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

	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado					
DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA ÚNICAMENTE (7 días).					
1. Dolores de cabeza.					

2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Critico a los demás.					
7. Siento que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Siento que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tengo dificultad para memorizar cosas.					
10. Estoy preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Me siento enojado/a, malhumorado/a.					
	N	M	P	B	M
Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado	A	U	O	A	H
DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA ÚNICAMENTE	D	P	C	S	O
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Me siento con muy pocas energías.					
15. Pienso en quitarme la vida.					
16. Escucho voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Pierdo la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tengo ganas de comer.					
20. Lloro por cualquier cosa.					
21. Me siento incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Me siento atrapada/o o encerrado/a.					
23. Me asusto de repente sin razón alguna.					
24. Exploto y No puedo controlarme.					
25. Tengo miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Me siento culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No puedo terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Me siento solo/a.					
30. Me siento triste.					
31. Me preocupo demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tengo interés por nada.					
33. Tengo miedos.					
34. Me siento herido en mis sentimientos.					
35. Creo que la gente sabe lo que estoy pensando.					
36. Siento que no me comprenden.					
37. Siento que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					

38. Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Me siento inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Siento que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tengo problemas para dormirme.					
45. Tengo que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tengo dificultades para tomar decisiones.					
47. Tengo miedo de viajar en tren, bus, metro o subterráneos.					
48. Tengo dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tengo que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Siento que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tengo un nudo en mi garganta					
Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
durante la última semana (7 días).					
54. Pierdo las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Siento flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Me siento muy nervioso/a, agitado/a					
58. Siento mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pienso que me estoy por morir.					
60. Como demasiado.					
61. Me siento incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tengo ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesito golpear o lastimar a alguien.					
64. Me despierto muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repito muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Duermo con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesito romper o destrozarse cosas.					
68. Tengo ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estoy muy pendiente de lo que los otros puedan pensar de mí.					

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

Inventario de Alianza Terapéutica

WORKING ALLIANCE INVENTORY

Inventario de Alianza Terapéutica – Versión Cliente

Nombre: _____ Edad: _____

Este cuestionario contiene preguntas que describen las posibles formas que la gente en terapia puede sentirse o pensar respecto al otro.

Al leer los enunciados, inserte mentalmente el nombre de su terapeuta en el espacio en blanco _____ que se encuentra en el texto.

Debajo de cada oración encontrará una escala de 5 puntos. Si la oración describe la forma en cómo Usted se siente (o piensa), señale el número 5; si no la describe, señale el número 1. Use los puntajes medios para describir las variaciones entre los puntos extremos. De esta forma, la escala es la siguiente:

- 1 = Nunca
 2 = Rara vez
 3 = A Veces
 4 = Casi Siempre
 5 = Siempre

PREGUNTA	1	2	3	4	5
Me siento incómodo con _____	1	2	3	4	5
_____ y yo hemos acordado sobre los pasos a tomar con el fin de mejorar mi situación	1	2	3	4	5
Me preocupo sobre el resultado de estas sesiones	1	2	3	4	5
Siento que nos hemos acercado a mis problemas de forma acertada	1	2	3	4	5
Siento que realmente mi terapeuta me entiende	1	2	3	4	5
Encuentro que lo que hacemos en terapia es confuso	1	2	3	4	5
_____ percibe cuáles son mis objetivos	1	2	3	4	5
El tiempo que _____ pasa conmigo es importante para mí	1	2	3	4	5
Desearía que _____ clarificara el propósito de nuestras sesiones	1	2	3	4	5
Constantemente tengo desacuerdos con _____ sobre mis objetivos	1	2	3	4	5
Creo que el tiempo que _____ y yo pasamos juntos no es aprovechado eficientemente	1	2	3	4	5
No sé qué es lo que tratamos de obtener a través de la terapia	1	2	3	4	5
Tengo claras cuales son mis responsabilidades con la terapia	1	2	3	4	5
Los objetivos de estas sesiones son significativos para mí	1	2	3	4	5
Encuentro que lo que _____ y yo estamos haciendo se ha alejado de lo que quería encontrar a través de la terapia	1	2	3	4	5
Siento que lo que hacemos en terapia me ayudará a conseguir los cambios que deseo	1	2	3	4	5
Creo que _____ está genuinamente preocupado/a por mi bienestar	1	2	3	4	5
Tengo claro lo que _____ desea que yo haga en estas sesiones	1	2	3	4	5
Respeto a _____ como la persona capaz y hábil que es	1	2	3	4	5

Siento que ____ no es completamente honesto sobre sus sentimientos hacia mí	1	2	3	4	5
Confío en la habilidad de ____ para ayudarme a superar mis dificultades	1	2	3	4	5
Trabajamos hacia objetivos acordados mutuamente	1	2	3	4	5
Siento que ____ me aprecia	1	2	3	4	5
No sé lo que mi terapeuta desea que haga en estas sesiones	1	2	3	4	5
Como resultado de estas sesiones, tengo más claro lo que debo hacer para cambiar	1	2	3	4	5
Confío en mi terapeuta	1	2	3	4	5
____ y yo tenemos diferentes ideas sobre lo que debería lograr con mi terapia	1	2	3	4	5
Mi relación con ____ es importante para mí	1	2	3	4	5
Tengo la sensación de que si hago o digo algo equivocado, ____ terminará de trabajar conmigo	1	2	3	4	5
Mi terapeuta y yo acordamos sobre lo que debería obtener de la terapia	1	2	3	4	5
____ siente que yo cambie demasiado rápido	1	2	3	4	5
Hemos establecido un buen entendimiento sobre la dirección de los cambios que serían buenos para mí	1	2	3	4	5
Las cosas que hacemos en terapia no tienen mucho sentido para mí	1	2	3	4	5
No sé qué esperar como resultado de la terapia	1	2	3	4	5
Creo que la forma sobre cómo trabajamos con mis problemas es la correcta	1	2	3	4	5
Siento que ____ me respeta incluso cuando hago cosas que él/ella no aprueba	1	2	3	4	5

CALIFICACIÓN

Tarea	2	4	7	11	13	15	16	18	24	31	33	35
	+	+	-	-	+	-	+	+	+	-	-	+
Vínculo	1	5	8	17	19	20	21	23	26	28	29	36
	-	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+
Objetivo	3	6	9	10	12	14	22	25	27	30	32	34
	-	+	-	-	-	+	+	+	-	+	+	-
Sumatoria de todos los puntajes (incluyendo puntajes invertidos señalados con signo negativo), para cada una de las escalas arroja el Índice de Alianza Terapéutica Global												