

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Estudio de Caso: Aplicación de TCC y EFT en una Persona con
Problemas Familiares**

Irene Salomé Montenegro Montesdeoca

Teresa Borja, PhD, Directora del Trabajo de Titulación

Trabajo de Titulación presentado como requisito
para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, mayo de 2015

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Estudio de Caso: Aplicación de TCC y EFT en una Persona con Problemas Familiares

Irene Salomé Montenegro Montesdeoca

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

Michelle Argüello, BA.,
Miembro del Comité
de Trabajo de Titulación

Lellany Coll, DHSc.,
Miembro del Comité
de Trabajo de Titulación

Teresa Borja, Ph.D.,
Directora del Programa

Carmen Fernández-Salvador, Ph.D.,
Decana del Colegio de Ciencias
Sociales y Humanidades

Quito, mayo de 2015

© DERECHOS DE AUTOR

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

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

Firma: _____

Nombre: Irene Salomé Montenegro Montesdeoca

C.I.: 1708168875

Lugar: Quito - Ecuador

Fecha: mayo de 2015

DEDICATORIA

Para Ana y todos mis clientes, que generosamente me abrieron las puertas de su mundo interior, para acompañarlos en el doloroso, pero extraordinario camino del cambio.

AGRADECIMIENTOS

Gracias Leo, por su amor, paciencia y apoyo permanentes; sin usted no hubiera alcanzado este sueño. Gracias David, por darme el primer impulso, fue muy importante. Gracias Esteban y Dani, por ayudarme con los temas de tecnología y animarme siempre en el camino. Ustedes cuatro son mi mayor tesoro y mi gran inspiración. Gracias Señor, por hacer realidad este preciado momento.

RESUMEN

Varios estudios señalan que la Terapia Cognitiva Conductual TCC y la Terapia Focalizada en las Emociones Emotional Focused Therapy EFT, son efectivas para tratar problemas familiares (Beck, 2005; Greenberg, 2011; Elliott, 2013). En este estudio de caso se aplicaron 16 sesiones de TCC y EFT a una persona con problemas familiares. Se hizo un seguimiento tres y ocho meses después de finalizado el tratamiento. Los resultados cuantitativos mostraron que la sintomatología disminuyó sustancialmente, y que se había establecido una buena alianza terapéutica durante el tratamiento. Los resultados cualitativos también sugieren que el tratamiento fue efectivo, pues los problemas familiares disminuyeron en forma significativa, redujo su rumiación y distorsiones cognitivas, aumentó su auto-estima, seguridad y empatía, y hubo un importante mejoramiento en la forma en que la cliente identifica, regula, reflexiona, expresa y maneja sus emociones. Todos estos cambios se registraron por observación de la terapeuta, de auto-reporte de la cliente y de consecución de las metas a corto plazo propuestas para el tratamiento. Se concluye que la aplicación de TCC y EFT, con énfasis en el desarrollo de una buena alianza terapéutica, fue efectivo para este caso.

Palabras claves: *Terapia Cognitivo Conductual TCC, Terapia Focalizada en la Emoción EFT, modelo cognitivo, rumiaciones, distorsiones cognitivas, experimento conductual, esquema emocional, emociones adaptativas, emociones desadaptativas.*

ABSTRACT

Several researches indicate that Cognitive Behavioral Therapy CBT and Emotional Focused Therapy EFT are effective in treating family issues. The following is a case study in which 16 sessions of CBT and EFT were applied to a client with family problems. After three and eight months, a follow up was conducted. Quantitative results demonstrated that the symptomatology decreased substantially, and had showed that an appropriate therapeutic alliance was established during the treatment. The qualitative results also propose that the treatment was effective, because her family problems decreased significantly, her cognitive distortions and ruminations reduced, her self-esteem, self-confidence and empathy improved, and there was a significant change in the way she identifies, regulates, reflects, expresses and manages her emotions. All these changes were observed by the therapist, and reported by the client herself, as well as by the accomplished goals. Therefore, it was concluded that the application of TCC and EFT –with emphasis on the development of a strong therapeutic alliance- was effective for this specific case.

Key words: *Cognitive Behavioral Therapy CBT, Emotion Focused Therapy EFT, cognitive model, ruminations, cognitive distortions, behavioral experiment, emotional scheme, adaptive emotions, maladaptive emotions.*

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Resumen | 7 |
| Abstract | 8 |
| INTRODUCCIÓN: EL CASO DE ANA | 12 |
| Datos de identificación de la cliente..... | 12 |
| Antecedentes - motivo de consulta..... | 14 |
| Historia del problema | 14 |
| Historia personal..... | 14 |
| Historia familiar..... | 17 |
| Situación al empezar la sicoterapia..... | 18 |
| Definición de términos | 19 |
| Descripción y análisis de las dificultades identificadas | 20 |
| Descripción y análisis de las fortalezas identificadas..... | 22 |
| Enfoque del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV | 23 |
| Metas del tratamiento | 24 |
| Objetivos terapéuticos..... | 25 |
| Selección del tratamiento más adecuado | 25 |
| REVISIÓN DE LA LITERATURA | 29 |
| Tema 1. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) | 30 |
| Breve reseña histórica..... | 30 |
| Conceptos más destacados..... | 33 |
| Métodos, intervenciones y herramientas..... | 35 |
| Recomendaciones de aplicación | 37 |
| Resultados de las investigaciones..... | 39 |
| Tema 2. Le Terapia Focalizada en las Emociones (EFT) | 45 |
| Breve reseña histórica..... | 45 |
| Conceptos más destacados..... | 50 |
| Métodos, intervenciones y herramientas..... | 66 |
| Marcadores y tareas en EFT..... | 70 |
| Recomendaciones de aplicación | 72 |
| Resultados de las investigaciones..... | 74 |
| Tema 3. Importancia de la alianza terapéutica | 79 |

| | |
|------------------------------------------------------------|------------|
| Tema 4. Fundamentos para la combinación de TCC y EFT | 81 |
| APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO | 83 |
| Alianza terapéutica..... | 83 |
| Terapia Cognitivo Conductual TCC | 83 |
| Rumiaciones | 83 |
| Distorsiones cognitivas..... | 84 |
| Creencias intermedias y centrales..... | 86 |
| Sico-educación..... | 87 |
| Experimentos conductuales..... | 87 |
| Cuestionamiento socrático | 89 |
| Terapia Focalizada en las Emociones EFT | 91 |
| Contacto con las emociones..... | 91 |
| Empatía..... | 95 |
| Auto-estima..... | 97 |
| Modelo Racional Empírico..... | 99 |
| Auto-revelaciones..... | 100 |
| ANÁLISIS DE LOS DATOS | 101 |
| CONCLUSIONES..... | 104 |
| Resultados obtenidos – eficacia del tratamiento | 104 |
| Seguimiento | 108 |
| Limitaciones y recomendaciones para futuros estudios..... | 109 |
| Resumen | 109 |
| REFERENCIAS | 111 |
| ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO | 114 |
| ANEXO B: SCL-90 TEST DE SÍNTOMAS L.R.DEROGATIS..... | 115 |
| ANEXO C: WAI WORKING ALLIANCE INVENTORY..... | 118 |
| ANEXO D: DISTORSIONES COGNITIVAS..... | 122 |
| ANEXO E: EVALUACIÓN FINAL | 126 |

TABLAS

| | |
|--------------------------------------------|-----|
| Tabla 1. Resultados del SCL90 inicial..... | 104 |
| Tabla 2. Resultados del WAI | 105 |
| Tabla 3. Resultados del SCL90 final | 106 |

FIGURAS

| | |
|--------------------------------------------------|----|
| Figura 1. Genograma relacional y funcional | 13 |
| Figura 2. Modelo Racional Empírico | 56 |

INTRODUCCIÓN: EL CASO DE ANA

El presente trabajo es la aplicación de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y Terapia Focalizada en las Emociones (EFT) en el caso de una mujer a quien se llamará Ana (nombre ficticio), una cliente con problemas familiares, en especial con su madre, con quien tenía a diario discusiones, peleas y enfrentamientos dolorosos. Ana se acercó en busca de ayuda sicoterapéutica para resolver esos problemas, porque sentía que “la situación era insostenible”, se sentía “juzgada” y “presa”, pues su mamá la “sacaba de quicio”, y “nunca está conforme” con ella. Su madre le hacía reproches como “has causado gastos y dolor”, “eres una inmadura”, “no me apoyaste cuando me dio leucemia” y “eres la causante de mi enfermedad”. Ana también dijo “tengo graves problemas de autoestima” y “no quiero parecerme a mi mamá”.

Esos fueron los motivos principales de su malestar al llegar a terapia, aunque en el transcurso de las siguientes sesiones se hizo patente que tenía problemas para relacionarse con varias personas de su círculo familiar. Su familia materna era muy cercana, la ayudaba y acompañaba, pero su presencia le resultaba intrusiva: “mi familia y mi ex marido me aniquilaron”, “yo hacía lo que ellos querían y buscaba aprobación”. También mencionó que una tía materna le dijo “estoy cansada de que te quejes de tu mamá”.

Datos de identificación de la cliente

La cliente tiene alrededor de 40 años, es mujer, está divorciada, tiene una hija de edad pre-escolar, ha curso el cuarto nivel de estudios, pertenece a una clase socio-cultural-económica media alta. Es ecuatoriana, su padre es extranjero y su madre ecuatoriana, ambos tienen alrededor de 60 años. Vive con sus padres y con su hija, y tiene una relación muy cercana con su familia materna.

En la parte de salud, se pueden mencionar algunas cosas: Ana fuma alrededor de 10 cigarrillos al día desde hace más de 20 años. Sufrió de anorexia desde su adolescencia, pero no fue diagnosticada ni hospitalizada, aunque sí llegó a perder la menstruación; aún tiene miedo a engordar y odia el espejo, las curvas, la ropa ajustada y arreglarse. Sin embargo, cabe apuntar que tiene un peso normal y luce siempre bien cuidada, vestida con buen gusto, peinada, perfumada y en ocasiones usa lentes de contacto cosméticos. Sufrió endometriosis hasta que tuvo a su niña. A raíz de una cirugía que le hicieron en la adolescencia, tiene tendencia a las infecciones. Presenta angustia, rumiaciones, sufre constantemente dolores de cabeza y bajo estrés, pierde el apetito.

En la parte relacional, tiene una buena relación con su padre, a quien admira mucho. Su relación con su madre es muy conflictiva desde que tiene uso de razón. Se lleva muy bien con su niña. Es muy cercana a una tía materna y la hija de ésta, aunque en ocasiones también tiene discusiones y desencuentros con ellas. Sus relaciones con otros miembros de la familia materna son también cercanas, pero conflictivas; ella siente que le tienen “envidia”.

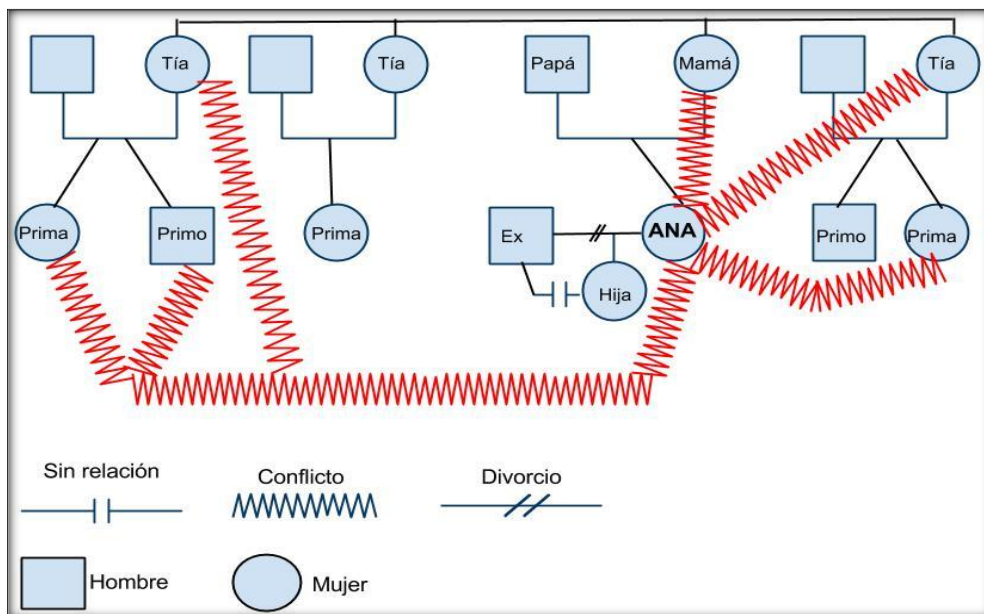


Figura 1. Genograma relacional y funcional

Antecedentes – motivo de consulta

Ana buscó recibir ayuda sicoterapéutica para solucionar los problemas familiares que estaba teniendo, especialmente con su madre, con quien discutía a diario. También tenía problemas con varios primos y tíos maternos. Además mencionó que había tenido algún trastorno alimenticio en la adolescencia y que su temor a engordar persistía. Por otro lado, también dijo que tenía “graves problemas de auto-estima”, que era “incapaz de decir no” y eso le abrumaba, y que “no quería parecerse a su mamá”.

Ana estaba teniendo problemas de angustia, inquietud, concentración y apetito. Estaba enojada y pasaba rumiando problemas continuamente. También tenía sentimientos de culpa por lo que había ocurrido con su hija (el papá de la niña había abusado sexualmente de ella), y una sensación permanente de no ser aceptada, sobre todo por su madre. Se sentía “aniquilada”, “presa”, “aplastada” y “juzgada”.

Historia del problema

La problemática de la cliente se puede enfocar desde distintas perspectivas. Se levantó una historia familiar, para entender su contexto vital, y también una historia personal, para conocerla más profundamente y para entender cómo se ha relacionado hasta ahora con el mundo.

Historia personal.

Ana recordaba una buena niñez. Tenía memorias de su padre, pero no guardaba muchos recuerdos de su madre. Había crecido como hija única. Su padre emigró desde Europa durante la segunda guerra mundial, era trabajador y responsable, pero poco expresivo. Se había casado aquí con su mamá, a quien Ana describió como una mujer distante, exigente, dominante, de altas expectativas, muy demandante, y siempre había

tenido una actitud dura y crítica hacia ella. De hecho, Ana sentía que su mamá nunca estaba conforme, y que hiciera lo que hiciera, nunca era suficiente para que estuviera feliz.

En los años de secundaria Ana fue una estudiante promedio, y su madre la criticaba con dureza si sacaba malas notas. Ella recordaba con tristeza que cuando traía malas calificaciones, los dos cuartos que había desde la parada del bus hasta su casa, eran eternos; tenía una ansiedad muy grande por lo que su madre le diría, le “latía el corazón muy fuerte, se le agitaba la respiración, le sudaban las manos y se le hacía un vacío en el estómago”. Finalmente, una vez que enfrentaba a su madre, ésta le decía que “era un desperdicio pagarle un colegio caro” y la amenazaba con cambiarla de colegio y “ponerla en un colegio fiscal”. Por otro lado, durante los años de adolescencia Ana empezó a fumar, lo que fue una gran decepción para sus padres, sobre todo para su madre, que desde entonces, no perdía ocasión para criticar su hábito cada vez que podía.

Una vez que acabaron las exigencias de su madre, Ana se destacó en la universidad por esfuerzo propio; se había graduado con honores y luego había conseguido una beca para especializarse en el extranjero. Había trabajado duro en sus primeros años de profesión, haciendo turnos largos en quirófano para tratar de ser médico intensivista, mientras su marido cuidaba de su pequeña hija. Sus jornadas en esa época habían sido extenuantes, pues ella era el sostén de su familia. Finalmente tuvo que renunciar a ser intensivista por una cuestión de salud y tuvo que conformarse con ser médica estética, lo que internamente consideraba por debajo de su capacidad.

Ana también refirió que nunca le interesó maquillarse o estar a la moda, y usaba ropa de “hippie” hasta la universidad, cuando su madre le amenazó con “quemarle esos trapos” y tuvo que dejar de ponérselos. En una ocasión, una prima le comentó que su madre dijo en una reunión familiar “he fracasado como madre; mi hija no se arregla, no se

cuida!”. Ana nunca se sintió una mujer atractiva, trataba de usar ropa floja “para que no se le vean las curvas”. Durante su adolescencia empezó su obsesión por adelgazar; ella refirió que sufrió de anorexia, y aunque nunca fue diagnosticada ni estuvo hospitalizada, sí llegó a perder la menstruación, que comentó “no le gusta, porque la sangre huele feo”. Está consciente de que tiene un trastorno alimenticio, pero declaró desde el primer momento que “lo tiene de algún modo controlado”, que “aún no está preparada para trabajar eso”, y que quería enfocarse por ahora en trabajar y solucionar sus problemas familiares, que eran “insostenibles”.

Ana quería mucho a sus padres, pero no estaba acostumbrada a decirlo, ni tampoco recordaba haber escuchado a sus padres expresarlo. De hecho, tenía la creencia de que sus padres la encontraban defectuosa y que lo único bueno que había hecho en su vida era tener a su hija; ese pensamiento la llenaba de culpa cuando pensaba que de alguna forma, había sido culpable del abuso sexual que sufrió la niña. En su familia no se hablaba de sentimientos; las personas pensaban y conversaban sobre sus pensamientos; las emociones quedaban fuera de lugar. Tampoco había demostraciones físicas de afecto, como abrazos o besos, caricias o palmadas en la espalda. Ana declaró “nunca me han gustado los abrazos, y me molesta que me toquen”.

Al llegar a consulta, Ana había atravesado durante casi dos años un largo y tortuoso litigio internacional por la custodia de su hija, debido al repetido abuso sexual de parte de su ex esposo, el padre de la niña, hacia la hija de ambos. Finalmente, pocos meses antes, había ganado la custodia de la niña por sentencia de los tribunales. En ese momento estaba buscando un trabajo para volver a su profesión, pues durante todo el juicio había dependido económicamente de sus padres, que tenían una situación holgada, pero ella quería independencia financiera.

Historia familiar.

Los problemas de Ana con su madre habían comenzado durante su adolescencia, o al menos se hicieron patentes durante esa etapa. Eran muy distintas y Ana sentía que nunca cumplía las expectativas de su mamá. Últimamente las diferencias se habían agravado, a raíz del abuso sexual que había sufrido su pequeña hija por parte de su padre, de quien Ana se había divorciado al descubrirlo. La madre culpaba a Ana de haber causado dolor y gastos a la familia y consideraba que era “una inmadura, incapaz de hacerse cargo de su vida ni de su hija”.

La cliente fue hija única de un hombre de pocas expresiones y una mujer distante, demandante, dominante, crítica y dura. Sus relaciones con ambos se desarrollaron bajo un ambiente frío, distante, carente de demostraciones afectivas, en el que no se expresaban los sentimientos. Ana necesitaba, como todos, recibir la aprobación materna, pero sentía que nunca la recibió. En su familia no había demostraciones físicas de afecto, no se hablaba de sentimientos ni se ventilaban emociones.

Por otro lado, los padres de Ana tuvieron siempre altas expectativas sobre su desempeño. Ella fue una alumna promedio, pero con frecuencia sintió que sus esfuerzos no eran suficientes, especialmente para su madre, que todo el tiempo parecía insatisfecha con los resultados. Las críticas de su madre cuando cometía errores, especialmente si sus notas eran bajas, eran muy duras, y habían marcado un rasgo de inseguridad y falta de aceptación en Ana. Por un lado quería a su madre, pero estaba resentida con ella por ser tan rígida y distante y eso la hacía sentirse culpable, porque no le estaba permitido criticarla ni ver los errores de su mamá. Tenía muchas emociones fuertes, pero no lograba explorarlas ni expresarlas de modo asertivo, así que se enfrascaba en discusiones inútiles marcadas por los mutuos reclamos, críticas y reproches.

La familia materna es numerosa y actuaba siempre como un clan, lo que le ofrecía a Ana ventajas de compañía, apoyo y ayuda, pero a veces empezaba a resultarle intrusiva, molesta y asfixiante. Su abuela materna había muerto hace menos de seis meses y Ana la describió como alguien muy parecida a su mamá. Su madre, sus tías y primos estaban todo el tiempo reuniéndose, conversando y tratando de solucionar los problemas de la familia, y como el abuso sexual de la niña y el juicio al padre habían sido un tema tan delicado y largo, era su tema de conversación favorito. Tanto la madre de Ana, como su familia materna, estaban todo el tiempo inmiscuyéndose en sus decisiones. Al principio apreció todo el respaldo y la ayuda que le ofrecieron, pero ahora le resultaba “aniquilante”.

Por otro lado, la madre de Ana sufre de una enfermedad incurable, y como hay varios médicos en la familia, decidieron atenderla en casa, bajo el cuidado permanente de Ana; pero la señora es quejumbrosa, intolerante y terca en relación a su enfermedad, lo que convierte su cuidado en una carga pesada para Ana. Su mamá en varias ocasiones le había reclamado no haber estado a su lado cuando le diagnosticaron leucemia; en esa época, Ana estaba viviendo en el extranjero con su esposo e hija y no le fue posible dejar su trabajo y su familia para venir a acompañarla; sin embargo, la mamá le decía constantemente que fue su culpa que ella enfermara y que fue una “mala hija” por no venir a cuidarla, y eso la llenaba de culpa.

Situación al empezar la sicoterapia.

La cliente, al llegar a consulta, estaba atravesando por discusiones diarias con su madre y frecuentes enfrentamientos con su familia materna. Se sentía “asfixiada”, “presa”, “aniquilada” y consideraba que la situación era “insostenible”. Estaba fumando más de lo usual, tenía rumiaciones todo el tiempo, “dolores de cabeza, lloraba por cualquier cosa, se sentía culpable por lo que le pasó a su hija, no tenía apetito, se sentía herida en sus

sentimientos, tenía un nudo en la garganta casi todo el tiempo, se sentía alejada de las demás personas, no valorada como merecía, había perdido la confianza en los demás, pensaba que había algo malo en su cuerpo, y además creía que los demás se aprovechaban de ella”.

Todo eso, sumado a sus preocupaciones por el futuro de su hija, la falta de ingresos propios, la necesidad de conseguir un trabajo y volver a su profesión, la tenía bajo una ansiedad permanente, que a la vez resultaba en más roces con su madre y le ocasionaba nuevas intromisiones y críticas de su familia materna. Era un círculo vicioso.

Cuando se hizo un sondeo de las emociones que Ana tenía respecto al abuso sexual del que fue objeto su hija, ella declaró que ese no era un problema para ella, pues ya lo había procesado, y que su principal motivo de consulta era la relación con su mamá; se pudo advertir que se refería a ella de forma dura, pero también había dolor y resentimiento en sus palabras.

Definición de términos

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).- según Beck (2005), la TCC es una sicoterapia que sostiene que la percepción y la estructura de las experiencias determinan las emociones y la conducta, y se enfoca en modificar las cogniciones.

Terapia Focalizada en la Emoción (EFT).- según Greenberg (2011), la EFT es una sicoterapia que se basa en la exploración, aceptación, expresión, regulación y re-significación de las emociones, que son las que originan las conductas.

Modelo cognitivo.- según Beck (2005) el modelo cognitivo propone que la percepción y la estructura de las experiencias determinan las emociones y la conducta.

Rumiaciones.- según Beck (2005), las rumiaciones son pensamientos automáticos que se repiten de forma incesante y causan emociones negativas, que producen malestar.

Distorsiones cognitivas.- según Beck (2005), las distorsiones cognitivas son errores en el proceso de la información, derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales.

Experimento conductual.- según Beck (2005), un experimento conductual se usa para promover nuevas experiencias correctivas en la TCC.

Esquema emocional.- según Greenberg (2011), el esquema emocional es personal y autobiográfico, y determina cómo cada individuo reacciona ante sus experiencias de vida.

Emociones adaptativas.- según Greenberg (2011), las emociones adaptativas son innatas y cumplen la función de dar información sobre el entorno y uno mismo, guiar la conducta para protegernos y buscar el bienestar.

Emociones desadaptativas.- según Greenberg (2011), las emociones desadaptativas nacen de experiencias traumáticas y originan conductas disfuncionales; deben ser reguladas y transformadas en emociones adaptativas.

Descripción y análisis de las dificultades identificadas

Se han podido identificar algunas dificultades en la cliente. Se hizo un análisis de la posible causa que las origina, así como del beneficio secundario que Ana obtiene con cada una de esas conductas:

1. Rumiación continua de los problemas familiares. Podría ser originada por el aumento de los conflictos familiares y es estrés al que ha estado y está sometida Ana (Hervás y Vásquez, 2007). La cliente se beneficia de esta conducta porque eso le permite alejar de su mente otros asuntos de los que debe hacerse cargo, como conseguir un trabajo y empezar a construirse una vida.
2. Desconexión con emociones reales: pensamientos automáticos de ser inadecuada, fea, gorda, incapaz de hacer nada bien. Esto podría estar relacionado con su baja

- auto-estima y los conflictos familiares (Trujillo y Bermúdez, 2014). Hay un beneficio indirecto que obtiene la cliente con esos pensamientos automáticos: no tiene que cambiar, pues ellos dan por sentado que no hay nada que pueda hacer para mejorar.
3. Decir que sí a todo lo que le pide su familia, aunque no esté de acuerdo; hacer favores a la familia, aunque no tenga el tiempo; meterse en los problemas de la familia; dejar que la familia se entrometa en sus cosas: incapacidad de decir no o poner límites a la intromisión familiar. Nace de su creencia de ser inadecuada y de su pobre auto-estima (Holmes, 2002). Tiene un beneficio implícito: los demás toman decisiones por ella, de modo que no tiene que asumir consecuencias si la decisión fue equivocada; además, tiene a quién culpar si las cosas salen mal; al meterse en problemas ajenos, tiene la falsa creencia de que es aceptada por la familia.
 4. Mostrar rabia, enojo, ira, y estar casi siempre en actitud defensiva: incapacidad para expresar en forma asertiva sus emociones. Podría nacer en su miedo de no ser aceptada y en las altas expectativas que siempre han tenido sus padres y familia materna sobre su desempeño (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008). Tiene un beneficio para ella: le evita sentirse vulnerable, porque enmascara su tristeza.
 5. Falta de empatía, por dificultades para identificar las emociones de las demás personas, sobre todo de su madre; lo único que ella ve es la ira, la distancia, la crítica constante, pero no ha sido capaz de “ponerse en su piel” para tratar de descubrir qué más hay detrás. Se originan en su incapacidad de ponerse en contacto con sus propias emociones, que tampoco le deja ver las ajenas (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Tiene una recompensa: la convierte en víctima de las conductas de los demás.

6. Tendencia a justificarse todo el tiempo: tal vez porque ha tenido expectativas altas de rendimiento desde niña; piensa que los errores no le son permitidos y por eso está continuamente justificando lo que hace, sobre todo si estuvo mal (Beck, 2005). Tiene un beneficio: si todo está bien y nada es su responsabilidad, no hace falta cambiar y no hay que esforzarse.
7. Discusiones constantes con su madre, tías y primos: presencia de distorsiones cognitivas de personalización, generalización, pensamiento catastrófico, filtraje, interpretación, culpabilidad, falacia de control, etiquetas globales, debería. Se originan en su inseguridad desde la niñez (Beck, 2005), por su necesidad no satisfecha de ser aceptada (Greenberg & Watson, 2006). Tiene un beneficio: se puede quedar en su zona de confort y no debe cambiar, los demás están mal.

Descripción y análisis de las fortalezas identificadas

Las fortalezas del cliente son valiosas herramientas para el trabajo terapéutico, pues empoderan a la persona para lograr los cambios que necesita. En el caso de Ana, se identificaron las siguientes fortalezas:

- a) Es una mujer inteligente, despierta, de mente ágil, con una buena capacidad de análisis y reflexión. Esas características le permitieron entender con mayor facilidad los procesos que se dieron en las sesiones, el trasfondo de los ejercicios que se hicieron en la terapia y los objetivos de las tareas que se le pidieron,
- b) Es metódica, organizada, constante. Eso hizo que se comprometiera en la terapia. No faltó sino en casos de verdadera necesidad. Llegaba puntual, tomaba notas de las tareas y se empeñaba en cumplirlas.

- c) Es honesta. Eso le ayudó a desnudar sus emociones y sus pensamientos en las sesiones, y también contribuyó a que aprenda a dejar de justificarse y acepte su responsabilidad sobre las decisiones que toma.
- d) Es flexible, se atreve a probar cosas nuevas y aunque al principio le costó, aprendió a cuestionar las cosas que antes daba por sentadas. Eso fue de ayuda cuando se le propuso ejercicios nuevos en terapia o cuando se le pidió ejercicios conductuales para la semana.
- e) Quiere cambiar. Esa condición fue fundamental durante todo el trabajo terapéutico, porque fue la que le movió a involucrarse, a ser constante, a perseguir objetivos, a continuar, aunque hubo momentos difíciles y dolorosos de asumir.
- f) Tiene voluntad para perseguir objetivos. Eso contribuyó a que trabaje en sus experimentos conductuales, se involucre en las sesiones, se comprometa en las tareas semanales, porque quería lograr cambios para mejorar su situación.
- g) Tiene mucho apoyo familiar. Tanto su padre, como su madre y toda su familia materna son una fuente de cariño y de apoyo para ella. Aunque había conductas de intromisión, una vez que ella aprendió a manejar eso, la familia es una red de apoyo muy importante.

Enfoque del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, por sus siglas en inglés) es una publicación de la Asociación Americana de Psiquiatría, que incluye todos los desórdenes mentales estudiados hasta la fecha, y cuyo uso es muy extendido en el mundo entero. El uso del sistema multiaxial del DSM-IV-TR permite la evaluación tanto de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, como de los problemas psicológicos, sociales, ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar no

considerarse si el terapeuta sólo mira el problema que llevó al cliente consulta. Además, promueve la aplicación del modelo bio-sico-social (American Psychiatric Association, 2002).

Eje I Trastornos clínicos y otros problemas que puedan ser objeto de atención: F50.9

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Eje II Trastornos de la personalidad y retraso mental: V71.09 Sin diagnóstico en el Eje II

Eje III Enfermedades médicas: 799.9 No se reporta ninguna

Eje IV Problemas sicosociales y ambientales: A Problemas paterno-filiales

Eje V Evaluación de la actividad global: GAF 65 al empezar tratamiento; 85 al terminar la sicoterapia

Metas del tratamiento

Metas a corto plazo.

Para el transcurso de los siguientes 6 meses, Ana se planteó:

1. Mejorar sus relaciones familiares, sobre todo con su madre
2. Aprender a decir no y poner límites a la intromisión, sin sentirse culpable.
3. Dejar de justificarse
4. Mejorar su auto-estima
5. Conseguir trabajo

Metas a largo plazo.

Una vez que consiga sus metas a corto plazo, Ana quisiera trabajar en las siguientes cosas:

1. Superar su posible trastorno alimenticio

2. Independizarse de sus padres e ir a vivir sola con su hija
3. Entablar una relación de pareja satisfactoria

Objetivos terapéuticos

- Regular la rumiación de problemas en la cliente, en principio, y posteriormente eliminarla. Eso la va a liberar de sus síntomas físicos y va a darle capacidad de enfocarse en solucionar sus dificultades actuales e ir las solucionando.
- Enseñar a la cliente el modelo cognitivo, para que entienda cómo funciona su mente. Entrenarla en la identificación de sus pensamientos automáticos, para que pueda regularlos, controlarlos y modificarlos.
- Trabajar en la construcción de su auto-estima y aumentar su seguridad en sí misma, problemas que subyacen a su posible trastorno alimenticio, su concepción corporal equivocada y su dificultad de decir que no.
- Promover que la cliente entre en contacto con sus emociones, las explore, pueda identificarlas, elaborarlas, entenderlas, regularlas y aprender a expresarlas, si son adaptativas; o adquiera la destreza de transformarlas, si son desadaptativas.
- Enseñar a la cliente a reconocer las emociones de las demás personas, para generar una conducta de empatía hacia las condiciones y necesidades de otros.
- Regular y reemplazar las conductas desadaptativas por otras funcionales y objetivas.

Selección del tratamiento más adecuado.

La cliente presenta, por un lado, rumiaciones, pensamientos automáticos disfuncionales, distorsiones cognitivas respecto a sí misma, a los demás y a su situación personal y familiar, y como resultado de eso, tiene conductas inapropiadas: hiper vigilante,

siempre a la defensiva y se engancha en discusiones y conflictos familiares cargados de reproches y culpa.

Por otro lado, aunque Ana se muestra como una mujer fuerte y decidida, tiene muchos problemas de auto-estima e inseguridad. Está bastante desconectada de sus emociones: es innegable que éstas constituyen una gran fuente de conflicto para ella, la abruman, porque no está acostumbrada a expresarlas y le dan miedo, pues la hacen sentir vulnerable y confundida, y termina diciendo o haciendo cosas que luego le ocasionan problemas; sus conductas esconden carencias, miedos y necesidades no resueltas. Además, tiene poca empatía, porque al no tener contacto con sus propias emociones, tampoco le resulta fácil interpretar las emociones de los demás.

Todas estas cosas hacen que su forma de comunicarse no sea asertiva y que sus diálogos familiares terminen con bastante frecuencia en desacuerdos y peleas dolorosas. Adicionalmente, hay un costo emocional y relacional muy alto por su falta de asertividad y por la ira y el enojo como sus formas de afrontamiento.

Para ofrecer un tratamiento sicoterapéutico adecuado a la cliente, se recurrió a los enfoques de dos teorías psicológicas de probados resultados: la TCC Terapia Cognitiva Conductual (Beck, 2005) y la EFT Terapia Focalizada en las Emociones (Greenberg, 2011; Elliott, 2013).

La TCC facilita la regulación de los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas, y promueve cambio de conductas desadaptativas, creencias intermedias y creencias centrales (Beck, 2005). La TCC ha mostrado muy buenos resultados en el cambio de conductas desadaptativas, gracias a su trabajo en el modelo cognitivo, la regulación y control de pensamientos automáticos, y la modificación y reemplazo de distorsiones cognitivas por pensamientos y actitudes más realistas objetivas y funcionales. Los estudios recomiendan la TCC para clientes con rumiación, ya que les enseña cómo

para cuestionar sus pensamientos –no a recrearlos y aceptarlos pasivamente-, para alejarse de los pensamientos automáticos que causan la rumiación, y para cambiar las cogniciones negativas por otras más racionales y adaptativas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Barber & DeRubeis, 1989; Teadale et al., 1995, citados en Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008). Además, la TCC se recomienda para clientes que, como Ana, no tienen patologías diagnosticadas (King, Davidson, Taylor, Haynes, Sharp & Turner, 2002).

La EFT, por su parte, facilita al individuo un mayor contacto con sus emociones, permitiendo explorarlas, darles un nuevo significado y expresarlas, a la vez que genera empatía hacia las emociones ajenas, lo que resulta en una mejor manera de comunicarse con el entorno y por tanto, en mejores relaciones familiares y sociales (Greenberg & Watson, 2006). Estar desconectado de las emociones significa estar privado de la valiosa información adaptativa que ellas entregan, y la EFT ha reportado muy buenos resultados en el mejoramiento de la comunicación y las relaciones con las personas del entorno, por medio de fomentar la exploración, identificación, regulación y expresión asertiva de las emociones, generando a la vez empatía hacia las emociones de los demás; la vivencia interior de cada uno lo hace humano, capaz a la vez de dar significado y simbolizar esas experiencias (Elliott et al., 2013).

Finalmente, al ser la EFT una corriente de enfoque humanista (Greenberg & Watson, 2006), promueve en el terapeuta actitudes de calidez, respeto, empatía, aceptación incondicional, confianza en la capacidad curativa de cada ser humano, autenticidad y también interés genuino en la vida y problemática de los clientes, todas ellas condiciones que aportan al establecimiento y desarrollo de una buena alianza terapéutica, requisito indispensable para el buen resultado de todo proceso sicoterapéutico, amén de que aportan un modelo de relación maduro y adecuado (Greenberg & Watson, 2006). Finalmente, de acuerdo al enfoque humanista (Elliott, 2013), esas condiciones permiten que la cliente

desarrolle confianza, apertura y autenticidad para trabajar todas sus dificultades mientras es acompañada en su proceso de cambio (Greenberg, 2011), y además puede beneficiarse mucho del modelamiento de esas actitudes hacia otras personas, en este caso específico, especialmente hacia su madre.

Por otro lado, la EFT ha mostrado buenos resultados en conseguir la resolución de conflictos no resueltos, tratar rumiaciones y promover el perdón (Elliott, 2013; Greenberg, 2013; Witvliet, Ludwig, & Vander Laan, 2001, citado en Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008), todas situaciones que presenta la cliente.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La revisión de la literatura para el caso de esta cliente se hizo una vez que se contextualizó el caso, analizando los elementos de su historia de vida, la problemática por la que buscó ayuda psicológica, la forma en que se relaciona con su entorno familiar, el posible origen de las dificultades que estaba teniendo, así como las necesidades que estaban detrás de ellas. Se diseñó un tratamiento que combina el uso de TCC y EFT, haciendo un énfasis especial en la alianza terapéutica, pues se consideró que son los enfoques de los que mejor se podría beneficiar la cliente.

Con ese antecedente, se revisaron publicaciones científicas de los autores más reconocidos de TCC, ETF, combinación de terapias y sobre alianza terapéutica, consistentes en libros de texto universitarios, artículos académicos, revistas indexadas, repositorios digitales de la biblioteca virtual de la Universidad San Francisco de Quito USFQ.

Los temas para la revisión salieron de los términos y conceptos claves de TCC, EFT y alianza terapéutica, de referencias de artículos para buscar nuevas fuentes, de búsqueda en Internet, apuntes de las clases recibidas durante la carrera, así como de referencias sugeridas por la directora de tesis.

La revisión de literatura se dividió en cuatro temas: Terapia Cognitivo-Conductual TCC, Terapia Focalizada en las Emociones EFT, Importancia de la Alianza Terapéutica, y Fundamentos para la combinación de TCC y EFT. Los dos primeros temas, a su vez, contienen cinco sub-temas: el primer sub-tema es una breve reseña de la terapia y sus principales autores; el segundo enfatiza los conceptos más destacados de la terapia; el tercero da un vistazo a los métodos, intervenciones y herramientas de esa terapia; el cuarto cita en qué casos se recomienda aplicar dicha terapia; y el quinto sub-tema, finalmente,

revisa los resultados de las investigaciones de cada una de las terapias. El tema dos, además, incluye un sub-tema adicional, que revisa marcadores y tareas que propone la EFT. El tema tres revisa algunos estudios que hablan de la importancia de la Alianza Terapéutica en los cambios de los clientes bajo tratamiento psicológico. Finalmente, el tema cuatro recoge las opiniones de algunos autores respecto a la combinación de distintas teorías y terapias, para mostrar por qué se decidió la combinación de TCC y EFT para este caso en particular.

Tema 1. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

Breve reseña histórica.

La TCC tiene raíces de la psicología cognitiva y conductista y combina técnicas de reestructuración del pensamiento y de los esquemas mentales, a través de experimentos conductuales y entrenamiento en estrategias de afrontamiento y exposición (Beck, 2005).

Según esta autora, su origen se remonta a fines del siglo XIX, con la investigación que hizo Iván Pavlov sobre el condicionamiento clásico. Posteriormente, ya en el siglo XX, varios autores hicieron estudios de aporte tanto en el campo de lo cognitivo como de lo conductual. Jean Piaget y Lev Vigotsky entregaron valiosos conceptos sobre el constructivismo en el desarrollo y el aprendizaje. Edward Thorndike y John Watson hicieron varios estudios sobre el conductismo. Frederick Skinner también hizo aportes sobre el conductismo y además desarrolló el condicionamiento operante. Y Noam Chomsky aportó investigaciones sobre el cognitivismo. Más tarde, en los años 60, comenzó una corriente que dio mucho impulso a la TCC, encabezada por Albert Ellis, un importante psicólogo conductista que desarrolló la terapia racional emotiva conductual y fue considerado como el segundo sicoterapeuta con más influencia en la historia (primero fue

Carl Rogers y tercero Sigmund Freud). Aaron Beck desarrolló importantes estudios y publicaciones sobre la terapia cognitiva. Donald Meichenbaum, por su parte, se considera uno de los gestores de la revolución cognitiva e hizo estudios sobre la inoculación del estrés en la modificación cognitiva (Beck, 2005).

El modelo cognitivo, según Judith Beck (2005) fue desarrollado en los años sesenta por Aaron Beck como un tratamiento corto y con estructura para la depresión, destinado a enfocarse en el presente, resolver problemas actuales y modificar las cogniciones y comportamientos disfuncionales, luego fue adaptado por varios profesionales para otros trastornos mentales y diferentes poblaciones. Beck dice en su obra que la propuesta del modelo cognitivo es que todas las disturbios psicológicos nacen del pensamiento distorsionado, el cual afecta el ánimo y la conducta.

Por otro lado, según Holmes (2002), las corrientes conductistas, cuyos principales representantes han sido Watson, Skinner y Pavlov en el siglo pasado y Ellis hasta principios del siglo XXI, se fundamentan en los principios del aprendizaje para modificar las conductas. Holmes dice en su artículo que Ellis propuso la existencia de tres creencias irracionales que originan la disfuncionalidad: la primera respecto a uno mismo, con la expectativa absurda de tener que hacerlo todo bien para merecer la aprobación de los demás; la segunda respecto a los demás, con una esperanza ilógica de que todos deben ser buenos y justos; y la tercera respecto al mundo, con la idea ilusoria de que éste debe ofrecer facilidades y comodidades para obtener lo que uno quiere. Estas creencias sin argumento dan origen a la disfuncionalidad y si no se tratan, desencadenan trastornos; deben, por tanto, ser cambiadas a través de los principios del aprendizaje para modificar la conducta.

La TCC, como se ha dicho, se basa en dos teorías: la teoría del modelo cognitivo, según el cual los pensamientos o cogniciones se pueden identificar y por ende, son algún

modo conscientes (pero pueden discurrir paralelamente a las conductas, en forma automática en inconsciente), nos causan emociones y nos inclinan hacia una conducta, la cual, una vez manifestada, se presenta con una determinada fisiología; el modelo puede volverse, por experiencias anteriores y otros factores, disfuncional (Beck, 2005). Para modificar el modelo cognitivo, se aplican los conceptos de la segunda teoría, la conductual, que sostiene que somos el resultado de un aprendizaje y por tanto, se puede aprender a controlar los pensamientos y de ese modo se puede también cambiar las emociones y las conductas de una persona (Baker, McFall & Shoham, 2008).

Según Holmes (2002), la TCC tiene mucho a su favor: es atractiva, eficiente, relativamente fácil de aprender y desarrollar, y produce buenos resultados en general. Es tal vez la terapia que más investigaciones ha publicado y ha mostrado ser muy eficaz en el tratamiento de diversos problemas, como depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, trastorno de estrés post-traumático, trastornos alimenticios, por abuso de sustancias, problemas interpersonales y de baja auto-estima (Baker, McFall & Shoham, 2008).

Además, los investigadores de TCC han establecido procedimientos detallados de sus métodos al desarrollar estructuras de la terapia y elaborar de manuales, lo cual facilita su aplicación y brinda parámetros para su estudio (Holmes, 2002). También han monitoreado la adherencia a la terapia, y han desarrollado sistemas para tratar para trastornos específicos, todo lo cual ha dejado huella en la práctica de la sicoterapia y en la investigación de la Psicología (Holmes, 2002). Mientras otras teorías han omitido la investigación, el desarrollo de métodos y la publicación de sus resultados, la TCC ha publicado sus investigaciones de modo sistemático y por ello ha logrado tanta lealtad. Tal vez por este motivo los investigadores de otras teorías la consideran la terapia a vencer, pero curiosamente eso ha disparado una corriente de investigación seria en el mundo

entero (Holmes, 2002). Sin duda, la TCC ha contribuido al desarrollo de la investigación y a la sistematización de las estructuras de la sicoterapia, promoviendo un mejoramiento a nivel científico. Por lo tanto ha contribuido de manera indirecta sobre estudios científicos y experimentales de todas las sicoterapias en general (Holmes, 2002).

Conceptos más destacados.

Algunos de los conceptos fundamentales de la TCC son: la identificación y modificación de *pensamientos automáticos*, *distorsiones cognitivas*, *creencias intermedias* y *creencias centrales*; y el *procesamiento cognitivo* y la *experimentación conductual* para cambiar los comportamientos desadaptativos. En 1995, Beck propuso que la identificación de una creencia central negativa marca el progreso terapéutico, y dijo también que las personas son capaces de buscar sus creencias positivas y realistas alrededor de su realidad y de esa manera cognitiva, pueden resolver sus conflictos (Beck, 2005).

Hubert Hermans y algunos otros autores hablaron en los 90 de los diálogos internos, pero fue Aaron Beck quien propuso la existencia de los pensamientos automáticos (Beck, 2005). Éstos se generan de forma paralela a otros pensamientos, de manera inconsciente y rápida, y están presentes todo el tiempo en el funcionamiento cerebral de las personas. Los pensamientos automáticos son seguidos de emociones, que a su vez nos empujan a un determinado comportamiento y se acompañan de cierta fisiología (Beck, 2005). Cuando este proceso cognitivo de la información incluye emociones desagradables, suele interferir en la vida de la persona, consumiendo mucha energía y en ocasiones provocando trastornos emocionales (Beck, 2005).

Por otro lado, los pensamientos automáticos están vinculados a necesidades sociales como el éxito o fracaso, la aceptación o rechazo, el respeto o desprecio, y se puede hacer conciencia de ellos a través de la introspección. Beck sostiene que las personas son capaces de solucionar sus propios problemas, porque pueden hacer conscientes las

percepciones y pensamientos que mueven sus emociones y desatan sus conductas desadaptativas, y que son, por lo tanto, capaces de interrumpir el ciclo una vez que se hacen cargo de sus cogniciones (Beck, 2005). En resumen, la TCC sostiene que los pensamientos son los que originan malestar, y por tanto, se deben corregir para disminuir o desaparecer ese malestar.

Para la TCC el cliente es un científico, porque se le anima a recurrir cuestionar empíricamente sus creencias e ideas, y a estudiar su modelo cognitivo y de dónde sale su conducta (Meichenbaum & Cameron, 1982 en Hewitt y Gantiva, 2011). De hecho, el registro de información ha ayudado a la TCC a desarrollar sistemas detallados y a organizar de manera científica toda su metodología, y a la vez le ha permitido acreditar su validez y eficacia.

La TCC se centra en el presente y no se queda tanto en la historia lejana de la persona. El pasado ya pasó y se lo tiene como una referencia, pero la TCC se enfoca en el presente y se orienta hacia el futuro, donde se pueden llevar a cabo los cambios de conducta que logre el individuo y que mejoren su vida (Hewitt y Gantiva, 2011). En esa línea, para modificar el presente la TCC promueve el aumento de la auto-eficacia, es decir, la voluntad y motivación al cambio, pues éstos van a jugar un papel importante en el cambio de conductas desadaptativas. La idea es lograr que el cliente sienta que tiene su vida bajo control y desarrolle el dominio personal (Hewitt y Gantiva, 2011).

Para trabajar la rumiación –originada por pensamientos automáticos incesantes que causan malestar- y las distorsiones cognitivas, la TCC se enfoca mucho en las cogniciones, ya que las valoraciones, expectativas, percepciones, asunciones, etc. hacia sí mismo y los demás, desempeñan un papel clave en las emociones y ya se dijo que éstas provocan las conductas (Eich et al., 2003; Vogel, Wade & Hackler, 2008, citado en Hewitt y Gantiva, 2011). Por ello, estos autores sostienen que la TCC lleva al cliente a hacer cambios en su

comportamiento y a tomar decisiones en base a un análisis de los pro y contras de su conducta, así como las maneras de conseguir las metas que se ha planteado en terapia (Hewitt y Gantiva, 2011).

Las cogniciones, que incluyen percepciones, interpretaciones y asunciones, son factores que influyen directamente en estos procesos de pensamiento que originan conductas desadaptativas. La manera en que una persona interpreta las situaciones que vive juega un rol importante en cómo responde a ellas (Beck, 1991, citado en Hollon, Thase & Markowitz, 2002). Los afectos y los pensamientos están integrados y funcionan estructurados de forma automática; esas estructuras son objetivos importantes en la sicoterapia (Holmes, 2002; Beck, 2005).

Por otro lado, hay que considerar que la TCC, como se ha dicho, busca identificar creencias irracionales y tendencias a procesar la información en forma desadaptada. Por eso, la TCC enseña a cuestionar la validez de ambos pensamientos, racionales e irracionales, en forma real y sistemáticamente. Además, la TCC compromete a las personas en experimentos conductuales, para cuestionar todo el tiempo sus creencias y lograr que se vivan experiencias que corrijan las anteriores vivencia que pudieron ocasionar el mal funcionamiento (Hollon, Thase & Markowitz, 2002). Por ejemplo, las personas con depresión tienen creencias negativas sobre sí mismas, los demás y el futuro, y además su procesamiento de la información se basa en estrategias desadaptativas. La TCC para depresión promueve la identificación de pensamientos y creencias irracionales y los reemplaza por pensamientos y creencias fundados en la razón, que construyen una realidad y una mente más sana (Holmes, 2002).

Métodos, intervenciones y herramientas.

Según Hewitt y Gantiva (2011) para que alguien tome la decisión de cambiar sus pensamientos y decida reorganizarlos y volverlos racionales, se requieren al menos dos

condiciones: 1) expectativa de resultado, y 2) expectativa de eficacia. Esto implica que considere el cambio de su conducta más beneficioso que mantenerla, y además, pensarse capaz de lograrlo. Para ello, el terapeuta debe lograr que el cliente tenga presente que sus pensamientos son la clave para cambiar sus conductas.

Al caer en cuenta de que sus pensamientos controlan sus comportamientos y que éstos se han convertido en un problema para él y su entorno -por las consecuencias negativas que le traen-, comienza a modificarlos. La guía del terapeuta es primordial para que el cliente reconozca las habilidades y fortalezas que tiene para lograr el cambio (Hewitt y Gantiva, 2011). Se trata, pues, de familiarizar al cliente con su modelo cognitivo, de ayudarlo a hacerse consciente de que son sus pensamientos automáticos irracionales y sus distorsiones cognitivas los que originan su malestar, y mediante la racionalización de su proceso mental interno y experimentos conductuales, cambie sus pensamientos y finalmente sus conductas disfuncionales.

La TCC tiene varias estrategias para ayudar a los clientes a identificar y corregir sus creencias equivocadas y su procesamiento de información distorsionado (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, citado en Hollon, Thase & Markowitz, 2002). Estas consisten en experimentos conductuales, como actividades divertidas, o entrenar una destreza, pero siempre con el propósito de cuestionar las creencias. El terapeuta reta al cliente a cuestionar sus predicciones recogiendo información que las respalde o a probar una nueva conducta para que tenga una experiencia diferente. Hay ejercicios para que el cliente vea la falta de argumentos que tienen sus errores cognitivos y modifique sus conductas disfuncionales (Hollon, Thase & Markowitz, 2002).

Algunas de las intervenciones que se pueden hacer en TCC para promover la modificación de los pensamientos y el cambio de conductas disfuncionales son: el registro de los pensamientos automáticos y el proceso que desencadenan, argumentación de la

validez de las distorsiones cognitivas, el cuestionamiento socrático sobre las creencias, experimentos conductuales en situaciones cotidianas, entrenamiento en técnicas de relajación, etc. (Beck, 2005).

Recomendaciones de aplicación.

Debido a sus buenos resultados, la TCC se recomienda en el tratamiento de distintos trastornos: del estado de ánimo, de ansiedad, alimentarios, por abuso de sustancias, entre otros (Baker, McFall & Shoham, 2008). Por otro lado, la TCC también se recomienda para tratar la rumiación (Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008). Además, en el estudio realizado por King et.al. (2002), los autores mencionan que entrenar en destrezas básicas de TCC ayuda a los practicantes que atienden clientes sin patologías diagnosticadas. Se tomó en cuenta estos tres estudios porque la cliente presenta un poco de ansiedad, rumiaciones y no tiene trastornos mentales diagnosticados.

Además de estas, hay muchas otras publicaciones sobre los casos en que se recomienda la aplicación de la TCC. Por ejemplo, el Sistema del Servicio Nacional de Salud Mental de Estados Unidos cita la TCC como el tratamiento de primera línea para depresión, trastornos alimenticios, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y auto-lesiones (Holmes, 2002). Lo mismo sucede con la guía del Departamento de Salud de Estados Unidos: la TCC es el primer tratamiento recomendado para depresión, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, bulimia y fatiga crónica (Holmes, 2002).

Para la depresión se recomienda la TCC porque enseña a los clientes a buscar argumentos a su tendencia negativa de verse a sí mismos, a los otros y al futuro; al poner en duda la verdad de sus percepciones, les da herramientas para validar la realidad de lo que creen y promueve cambios de conducta; además, esas destrezas permanecen con ellos mucho después de que termina la terapia (Hollon, Thase & Markowitz, 2002).

La TCC ha sido recomendada para personas con rumiación, porque enseña métodos para cuestionar los pensamientos automáticos irracionales -en lugar de engancharse en ellos y aceptarlos como una verdad indiscutible-, para apartarse ellos, y para sustituir las cogniciones negativas por otras fundadas en la razón y más adaptativas; todo esto empodera al cliente para ser capaz de cambiar su situación, en lugar de pensar que no nada tiene arreglo (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Barber & DeRubeis, 1989; Teadale et al., 1995, citados en Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008).

La TCC se recomienda como tratamiento para el trastorno de pánico, porque reduce los pensamientos de miedo y resulta en una mejoría clínica de los síntomas y del estado general (Hofmann et al., 2007, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008).

Así mismo, la TCC se recomienda como un tratamiento efectivo para la bulimia nerviosa, porque reduce la tendencia a hacer dieta y aumenta la auto-eficacia del cliente (Wilson et al., 2007, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008).

También se recomienda la TCC para tratar el trastorno de estrés postraumático TEPT, porque trabaja en que el cliente regule su respuesta a los estímulos de miedo, mientras le ayuda a modificar sus percepciones falsas sobre el peligro y sus destrezas de enfrentamiento (Cahil & Foa, 2008; Foa & Kozak, 1986, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008). Sobre el TEPT, estos mismos autores dicen que otro estudio reportó que la TCC reduce los pensamientos negativos y por ende la severidad del trastorno (Foa & Rauch, 2004, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008). También, la verbalización del trauma encontrando un significado, predice buenos resultados en el tratamiento (Foa et al, 1995, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008). Por último, la familiarización con el estímulo que causó el trauma durante las sesiones de TCC predice la disminución de los síntomas del desorden (Kozak et al., 1998; van Minnen & Hageraars, 2002, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008).

Para alcoholismo y abuso de sustancias, se recomienda la TCC en pareja, porque: a) pueden premiar la abstinencia, y b) la mengua del estrés conyugal reduce el riesgo de recaídas. La terapia se hace tanto con el cliente adicto como con su pareja, para construir una relación de apoyo a la abstinencia (O'Farrell & Fals-Stewart, 2006, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008). Por otro lado, la TCC en pareja para abuso de sustancias reduce la violencia doméstica y mejora la relación marital, lo cual aumenta las posibilidades de abstinencia (Fals-Stewart et al., 1996; Fals-Stewart et al., 2002, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008).

Resultados de las investigaciones.

Se ha mencionado ya que la TCC es tal vez la terapia con mayor cantidad de investigaciones publicadas, y que además ha mostrado gran efectividad para múltiples trastornos; se citan aquí algunos de sus resultados. Para la mayoría de diagnósticos, la TCC reporta ser "Nivel 1", lo que significa que demostró buenos resultados en por lo menos un ensayo aleatorio controlado y además, que tiene mínimo una buena revisión sistemática (Holmes, 2002).

En el meta-análisis llevado a cabo por Baker, McFall & Shoham (2008), se menciona que la TCC ha mostrado ser efectiva para tratar la depresión en muchos estudios que compararon distintos grupos de control y terapias alternativas (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Feldman, 2007; Goaglen et al., 1998; Kuyken, Dalglish & Holden, 2007, citados en Baker, McFall & Shoham, 2008). También se cita en el mismo meta-análisis que la TCC de corta duración es tan eficaz como la medicación, incluso en clientes con depresión severa (DeRubeis, Gelfand, Tang & Simons, 1990; DeRubeis et al., 2005, citados en Baker, McFall & Shoham, 2008). Además, las investigaciones realizadas dicen que la TCC puede aplicarse con éxito como cuidado primario para depresión en clientes clínicos y no clínicos (Barret et al., 2001; Revicky et al., 2005, citados en Baker, McFall &

Shoham, 2008), incluso vía telefónica (Mohr et al., 2007, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008), con un curso rápido del trastorno de entre 10 y 20 sesiones, con resultados entre las sesiones cuatro y seis (Tang & DeRubeis, 1999, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008). Respecto al costo, es 33% más bajo en dos años que la medicación con anti-depresivos (Antonuccio et al., 1997, citado en Baker, McFall y Shoham, 2008).

En concordancia con esas investigaciones, Hollon et al. (2002) destacan que la TCC para depresión mayor fue la primera intervención psicológica y social que se combinó con medicación, y algunos estudios sugieren que hasta puede ser mejor que los anti-depresivos en algunos casos, con el beneficio extra de que no produce efectos adversos (Blackburn et al., 1981; Rush et al., 1977; Dobson, 1989; Robinson et al., 1990, citados en Hollon, Thase & Markowitz, 2002).

En contraste, el estudio realizado por el Instituto Nacional de la Salud Mental NIMH de Estados Unidos, es el único que sugiere que la TCC es menos eficaz que la medicación (Elkin et al., 1989, citado en Hollon, Thase & Markowitz, 2002), y aunque fue el único en su género, marcó los lineamientos de la sicoterapia (APA, 2000 en Hollon, Thase & Markowitz, 2002). Posteriormente, este estudio se ha criticado por su metodología y se han replicado varios otros ensayos que muestran la efectividad de la TCC sobre la medicación; sin embargo, vale mencionar que se concluyó que la experiencia y conocimiento del terapeuta en TCC afectan los resultados del tratamiento, sobre todo en clientes con depresión severa (DeRubeis et al., 1999, citado en Hollon, Thase & Markowitz, 2002).

Algunas investigaciones sobre los resultados del tratamiento para la depresión con TCC o en combinación con medicinas, revelan que la efectividad apenas aumentó 10 al 20% en el combinado (Hautzinger et al., 1996; Stuart et al., 1997; Thase, Bowler & Harden, 1991, citado en Hollon, Thase & Markowitz, 2002). Algo que hay que destacar es

que el aprendizaje para la modificación de pensamientos y conductas que obtuvieron los clientes con depresión tratados con TCC fue duradero, de hecho, los resultados fueron tan buenos como mantener a los clientes con medicación continua (Evans et al., 1992, citado en Hollon, Thase & Markowitz, 2002). Otra cosa importante es que la TCC para tratar depresión tiene los índices más bajos de recaída, precisamente por el aprendizaje sobre el cambio de pensamientos y comportamientos (Hollon, Thase & Markowitz, 2002).

Respecto al costo, si bien aplicar la TCC hasta la remisión de la depresión puede resultar más costoso que la farmacoterapia, hay que considerar que mantener a los clientes con medicación continua a largo plazo es más caro que tratarlos con TCC, pues como se ha dicho, sus efectos han demostrado ser duraderos (Hollon, Thase & Markowitz, 2002).

La TCC para trastornos de ansiedad es mejor aceptada por los clientes frente a los antidepresivos o ansiolíticos, y los logros obtenidos con la TCC se mantienen una vez que termina el tratamiento (Baker, McFall & Shoham, 2008). Respecto al costo, algunos autores dicen que la TCC para el trastorno de pánico mejora la calidad de vida y aumenta la expectativa de vida de los cliente en forma comparable a las medicinas para la hipertensión e hipercolesterolemia (Katon et al. 2006; Heuzenroeder et al., 2004, citados en Baker, McFall & Shoham, 2008).

Para el trastorno de pánico, la TCC ha reportado ser efectiva en varios ensayos clínicos controlados (Mitte, 2005, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008). Los estudios muestran que es mejor que el placebo y similar o superior al tratamiento con medicinas (Barlow et al., 2000; Otto et al., 2000, citados en Baker, McFall & Shoham, 2008).

Además, las investigaciones dicen que aumenta significativamente la efectividad de los fármacos (Craske et al., 2005; citado en Baker, McFall & Shoham, 2008). Otros autores señalan que la TCC sola puede ser tan eficaz como la combinación con fármacos (Barlow et al., 2000; Telch & Lucas, 1994; citados en Baker, McFall & Shoham, 2008). E incluso

otros autores afirman que se puede usar con éxito en clientes que no responden a los fármacos (Otto et al., 1999; Pollack et al., 1994, citados en Baker, McFall & Shoham, 2008).

La TCC para el trastorno de estrés postraumático TEPT ha demostrado buenos resultados en la fase aguda cuando se expone al cliente al estímulo de trauma (Baker, McFall & Shoham, 2008). En tres ensayos clínicos bien controlados con clientes de trauma reciente que presentaban síntomas de estrés agudo, la TCC mostró ser superior a la terapia de apoyo comunitario en un período de seis meses, tiempo crítico en el que hay riesgo de que el desorden se vuelva crónico; las diferencias fueron 58-67% en terapia común contra 8-19% en TCC (Bryant, Sackville, Dang, Mould & Gothrie, 1999, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008). En contraste, otro estudio no mostró diferencias en el seguimiento, pero sí una recuperación más rápida de quienes se trataron con TCC (Foa & Meadows, 1997, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008). Estos mismos autores reportaron que la TCC para TEPT con exposición usa otras herramientas, como el cambio de creencias disfuncionales y el entrenamiento para control del estrés; sin embargo, la TCC para TEPT sin exposición, es decir, sin esas herramientas importantes, no mejoró los resultados (Foa & Meadows, 1997, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008).

Así mismo, algunos estudios aleatorios han reportado que después de un tratamiento de TCC para TEPT de nueve a 15 sesiones, entre el 40 y el 87% de clientes ya no cumplen criterios diagnósticos para el trastorno (Foa et al., 1991; Marks et al., 1998; Paunovic & Ost, 2001; Resick et al., 2002, citados en Baker, McFall & Shoham, 2008). Similares índices de recuperación se obtuvieron en el seguimiento de clientes por un período de un año (Foa et al., 1999, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008).

El TEPT no cede sin tratamiento, como se verificó con los veteranos de la guerra de Vietnam, en quienes se registró un aumento del 149% en los pagos por discapacidad

ocasionados por el trastorno entre 1999 y 2004 (McNally, 2006, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008). Quienes sufren TEPT pierden 3,6 días de trabajo al mes, y además bajan su productividad el 88% mientras trabajan, según cifras del mismo estudio. Aunque los antidepresivos son de más fácil acceso que la TCC y funcionan mejor que el placebo, sus efectos no son tan duraderos ni fuertes como los de ésta terapia (Martenyi et al., 2002, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008). En relación al costo, lamentablemente, a pesar de la magnífica efectividad de la TCC para el TEPT, hay pocos estudios publicados. Con el incremento de terrorismo, guerras y desastres naturales, se podría esperar que el trastorno aumente, pero el Centro Nacional para el TEPT de Estados Unidos reportó en el 2006 que apenas un 8% de la población americana sufre el desorden, y que sólo el 16-19% de soldados que sirvieron en Irak y Afganistán lo tienen (National Center for PTSD, 2006, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008).

También se han hecho pruebas de TCC para tratar trastornos de la conducta alimentaria. La TCC para bulimia nerviosa es eficaz, porque ha producido mejores resultados que otras terapias y condiciones control (Fairburn, Marcus & Wilson, 1993; Wilson & Fairburn, 2002, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008). Una revisión de 47 estudios sobre bulimia nerviosa reportó que aunque el uso del antidepresivo Fluoxetina y la aplicación de TCC tuvieron iguales resultados en el corto tiempo, la TCC consiguió que el trastorno ceda en el largo plazo, mientras que los antidepresivos no se pudieron interrumpir o cuando se hizo, ocasionó recaídas (Shapiro et al., 2007, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008).

La TCC para bulimia nerviosa en poblaciones no clínicas se ha difundido porque tiene menos efectos adversos que el tratamientos con medicinas, requiere un número modesto de sesiones, y no exige nivel de doctorado para su aplicación (Baker, McFall & Shoham, 2008). En relación al costo, estos autores dicen que no hay estudios concluyentes,

pero NICE ha mencionado que tratamientos alternativos como la terapia interpersonal requiere entre 8 y 12 meses para dar los mismos resultados. Un hecho que vale la pena resaltar es que el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica de Estados Unidos (NICE) recomienda 16 a 20 sesiones de TCC para bulimia nerviosa dentro de la máxima categoría, el nivel grado “A”, debido a los buenos resultados que ha reportado esta terapia para tratar el trastorno, en base a ensayos aleatorios bien conducidos y documentados. Eso fue un hecho histórico, pues fue la primera vez que la NICE reconoce que una intervención psicológica es el tratamiento de elección para un trastorno mental (Wilson et al., 2007, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008).

La TCC para alcoholismo y abuso de sustancias ha mostrado eficacia si se aplica en parejas (O’Farrell & Fals-Stewart, 2006, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008). La pareja tiene de 12 a 20 sesiones de una hora por un lapso de cinco a seis meses y la terapia incluye un contrato de abstinencia entre la pareja y el terapeuta, actividades y tareas compartidas para aumentar los sentimientos positivos, diálogo constructivo y planes de prevención de recaídas. Los resultados de algunos estudios hechos de TCC en parejas que midieron las pruebas de orina del miembro que usa sustancias, indican que los clientes varones adictos a opioides, alcohol, metadona y cocaína tuvieron mejor recuperación que con terapia individual, incluso al año de seguimiento (Fals-Stewart et al., 1996; Fals-Stewart et al., 2000, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008). Por otro lado, la TCC en parejas para abuso de sustancias tiene desarrollados programas amigables de fácil seguimiento en el internet (www.ireta.org/online/Ed/), que ofrecen protocolos de ayuda en la implementación (Baker, McFall & Shoham, 2008).

Respecto al costo, la TCC para abuso de sustancias aplicado a parejas es casi tres veces más barata que la TCC individual, porque ofrece resultados más rápidos y menos recaídas (Fals-Stewart et al., 1997; Fals-Stewart et al., 2005, citados en Baker, McFall &

Shoham, 2008). Por su parte, estudios con mujeres alcohólicas mostraron menos días de beber y menos problemas relacionados al alcohol en un seguimiento de un año (Fals-Stewart et al., 2006; Winters et al., 2002, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008). Aunque no se ha comparado la TCC para abuso de alcohol y sustancias con la farmacoterapia, los estudios sugieren que la TCC ofrece efectos más duraderos; los estudios sobre la eficacia de los fármacos dieron resultados mixtos y reportaron recaídas de 25 al 50%. Por último, la TCC ha mostrado también ser eficaz en el tratamiento de actitudes disfuncionales (Martenyi et al., 2002, citado en Baker, McFall & Shoham, 2008).

Tema 2. La Terapia Focalizada en las Emociones

Breve reseña histórica.

La Terapia Focalizada en las Emociones, Emotion Focused Therapy (EFT) por sus siglas en inglés, originalmente conocida como Process Experiential Therapy, es una sicoterapia neohumanista experiencial cuyo fundamento es la teoría de la emoción y la neurociencia afectiva (Greenberg, 2011). La EFT es una terapia respaldada en estudios empíricos desde hace casi tres décadas por varios autores y ha sido desarrollada por Leslie Greenberg, principalmente. Otros autores que han hecho importantes contribuciones al desarrollo de la EFT son Robert Elliott en la EFT individual y Susan Johnson en la EFTC (EFT para parejas).

La EFT es una terapia corta, de ocho a 20 sesiones, para trabajar con individuos, parejas y grupos (Greenberg, 2011). Anima al terapeuta a ser muy directivo y actuar como un especialista, involucrando al cliente en varios ejercicios y tareas durante las sesiones de sicoterapia, lo cual al parecer tiene muy buenos resultados para favorecer el cambio (Elliott, Greenberg, Watson, Timulak & Freire, 2013). La EFT es un tratamiento humanista validado por más de 20 años de investigación empírica; que ha reportado

resultados eficaces para tratar diversas sicopatologías y síntomas psicológicos que causan malestar emocional (Elliot, 2013; Greenberg, 2011, 2010; Greenberg & Watson, 2006; Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008; Bradley & Furrow, 2007; Johnson, 2008; Paivio et al., 2011). Incluye elementos de la terapia Gestalt, terapia centrada en la persona, teoría constructivista, terapia sistémica y, sobre todo, fundamentos de la teoría del vínculo (Greenberg, 2002; Elliott et al., 2004, citados en Greenberg, 2011).

Greenberg empezó estudiando cómo las personas cambian; su primera publicación relacionada al tema fue en 1979, y luego la técnica se desarrolló lentamente, hasta que en 1988 publicó EFT para parejas y después, en 1993, publicó *Facilitating Emotional Change*, fecha en que tal vez se puede hablar del inicio oficial de la EFT como una teoría (Greenberg, 2011). La EFT tiene estudios del proceso de cambio y predictores de éxito, siendo la terapia con mayor investigación sobre cómo se lleva a cabo el cambio durante el proceso sicoterapéutico (Stiles, Hill & Elliott, 2014). Greenberg y varios otros autores han investigado el proceso de cambio de las emociones negativas que se da durante el tratamiento sicoterapéutico (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). La reflexión sobre el sentimiento despertado es el proceso principal del cambio en el cliente. El objetivo es provocar emociones y luego promover que se expresen, reflexionen, busquen significado y como meta final, cambien la conducta. Hay una combinación de excitación emocional y reflexión, que provoca la reconstrucción cognitiva de la emoción que se originó (Greenberg 2011).

Greenberg (2011) siempre pensó que en el auge que la TCC ha ejercido en la Psicología, se había perdido de vista algo que para él era fundamental: las emociones. Su propósito al principio no fue crear o nombrar una nueva teoría, pero la presión que ejerció el sistema para sus publicaciones e investigaciones, le hizo ver la necesidad de “bautizar” sus estudios con algún nombre y eligió EFT no sólo por su enfoque fundamental en las

emociones, sino además, para contrastarlo con la TCC. En su libro, el autor también dice que procesos anteriores como la “abrasión” o “catarsis” no tenían suficiente contenido, porque una cosa es dejar salir las emociones, y otra muy distinta, darles significado. Él había visto muy buenos procesos emocionales, pero también muchas veces en que las emociones eran tan fuertes y destructivas que no sólo interrumpían la sesión, sino el proceso terapéutico del cliente, y nadie había escrito sobre qué hacer en esos casos (Greenberg, 2011).

Las metas principales de la EFT son fortalecer el self, regular el afecto y crear un nuevo significado (Greenberg, 2011). El autor también dice que es de suma importancia que el cliente en psicoterapia se sienta cada vez más seguro de sí mismo, para ser capaz de describir y comunicar lo que siente, pues un objetivo de la EFT es que con las experiencias durante la terapia, el cliente adquiera nuevos significados que promuevan su desarrollo personal a nivel emocional y cognitivo. Así mismo, menciona en su obra que para que el cambio sea a largo plazo, hay que modificar o reemplazar las emociones. Si hay una emoción que estanca a la persona en una narrativa específica, la EFT propone promover que la persona se dé cuenta de lo que necesita y cambie esa emoción por otra más adaptativa, que busque su bienestar. Una emoción sólo se puede cambiar por otra emoción, ya que las emociones están conectadas a las necesidades, deseos y metas de cada individuo (Greenberg, 2011).

Si bien hay muchos modelos de psicoterapia experiencial y sus abordajes difieren en el enfoque, todos tienen la meta común de ayudar al cliente a hacer consciencia de su experiencia emocional, en un contexto de vínculo terapéutico (Gendlin, 1981; Greenberg, Rice & Elliott, 1999; Mahrer, 1989, citados en Missirlian, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005). Además, todos los modelos realzan la importancia de involucrar al cliente en la exploración de sus emociones y pensamientos asociados con problemas que

causan disfunción. Del mismo modo, todos creen que para que el cambio se haga presente, la terapia debe ayudar al cliente a acceder diferentes facetas de su experiencia, de modo que pueda comprender el significado real que tiene esa vivencia para él (Missirlian, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005).

Greenberg formuló el Modelo Racional Empírico de las Emociones, que consiste en un diagrama que ilustra el cambio de emociones para el procesamiento de la angustia y otros estados emocionales problemáticos. Este modelo se ha usado, verificado y mejorado en estudios posteriores (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Greenberg fue el primero en proponer la distinción entre emociones primarias, secundarios e instrumentales (Greenberg, 2002, citado en Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Luego aportó la idea de que las mismas emociones tienen trasfondo y significado diferentes (por ejemplo, la tristeza no es igual en todos los casos), y que es necesario diferenciar eso tanto en los estudios, como en el trabajo de terapia. También describió que los buenos efectos de la terapia dan mejores destrezas para el proceso emocional a los clientes que los efectos pobres de la terapia (Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

Por otro lado, Greenberg apoyó la propuesta hecha en 1996 por Beck, quien dijo que los afectos y las cogniciones están juntos en estructuras cognitivo-afectivas de funcionamiento automático y que éstas se tienen que tomar como prioridad en la terapia. Después completó la idea de Beck respecto a que identificar creencias centrales negativas indica el progreso terapéutico, pero añadió que en la EFT, esa identificación es seguida de la expresión de una necesidad existencial, que si se atiende puede conducir más rápidamente al cambio (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Entonces, el procesamiento emocional, que no sólo incluye la experiencia, sino el trabajo con emociones significativas en terapia, es la base del cambio, no sólo para la EFT, sino para la terapia sicoanalítica y la

TCC (Borkovec & Sides, 1979; Castonguay et al., 1996; Greenberg, Rice & Elliott, 1993; Mergenthaler, 1996; Stein, 1991, citados en Pos, Greenberg, Goldman & Korman, 2003).

Sobre la EFTC (EFT para parejas), ésta fue desarrollada en los años 80 por Susan Johnson y Leslie Greenberg. Al respecto y como antecedente, los problemas relacionales son un factor importante en la salud de Norteamérica y en todo el mundo, con una tasa de divorcio cercana al 40% (Bramlett & Mosher, 2002, citado en Johnson, Burgess, Beckes, Smith, Dalglish et al., 2013). Por otro lado, las secuelas del divorcio pueden ser severas y crónicas (Lucas, 2005, citado en Johnson et al., 2013). Los problemas de pareja menoscaban el funcionamiento social, laboral, psicológico e incluso físico de las personas (Robles & Kiecolt-Glaser, 2003; Whisman & Uebelacker, 2012, citados en Johnson et al., 2013). Las relaciones de pareja son, pues, factor de bienestar o malestar para cualquier persona y por eso la terapia de parejas ha tomado tanto impulso en las últimas décadas.

Johnson (2008) dice que la EFTC es un enfoque prometedor para ayudar a las parejas no sólo a resolver sus problemas, sino a cuidar la forma en que se relacionan. La EFTC es una terapia estructurada y con mucho respaldo empírico, que se centra en gran medida en la reparación de los vínculos adultos de apego. Johnson estableció que las parejas con problemas están atrapadas en una danza de interacción negativa, que no les permite resolver sus conflictos, pues sus diálogos se quedan en la parte cognitiva y no alcanzan la parte vulnerable de las necesidades no satisfechas y de las emociones primarias (Johnson, 2008). Basada en la Teoría del Vínculo, Johnson desarrolló un tratamiento para ayudar a las parejas en problemas. Hoy en día, la EFTC es una de las terapias para parejas con mayor validez empírica (Johnson, 2008), cuyo eje central es conseguir que el miembro que culpa o persigue, suavice su posición (Johnson, 2004, citado en Bradley & Furrow, 2007).

Estudios realizados por Snyder, Castellani, and Whisman (2005, citado en Bradley & Furrow, 2007), reportan que la EFTC fomenta la regulación emocional a nivel intra e interpersonal, y reduce los problemas maritales y el riesgo de separación (Bradley & Furrow, 2007). Del mismo modo, las parejas dicen que con la EFTC sienten una mayor validación de la experiencia personal y compartida, más esperanza y una sensación de confianza en el futuro de la relación (Hetherington, Friedlander, & Greenberg, 2005, citado en Bradley & Furrow, 2007). Igualmente, las estrategias de la EFTC reducen la reacción de culpar al otro y fomentan la expresión de emociones vulnerables (Jacobson & Christensen, 1996; Johnson, 2004, citados en Bradley & Furrow, 2007). Por lo tanto, cambiar los patrones de relación de la pareja (que por lo común son culpar / exigir - desconectarse / levantar un muro), brinda nuevas oportunidades para crear un vínculo adulto seguro en la relación; así mismo, la expresión de necesidades de cercanía, como tristeza, miedo y vergüenza, ayudan a suavizar la posición del miembro que culpa y exige y mejoran la comunicación y por ende la relación (Bradley & Furrow, 2007).

Más recientemente, la EFT ha sido usada con éxito en el tratamiento terapéutico de familias, específicamente entre padres e hijos, con un sistema de sesiones semanales o bisemanales, por 10-15 semanas (Greenberg, 2011).

Conceptos más destacados.

La EFT parte de la idea de que las emociones originan las conductas, y cuando aquéllas son desadaptativas causan disfunción y malestar, así que modificar o reemplazar las emociones mediante el trabajo terapéutico para explorarlas, identificarlas, expresarlas, aceptarlas, validarlas y hallarles un nuevo significado, hace que mejore la manera de relacionarse con uno mismo y con el mundo (Greenberg, 2011).

Las emociones son un sistema rápido para informar a la persona sobre las cosas que suceden, orientándole a buscar su bienestar frente a ellas (Frijda, 1986, citado en Pos,

Greenberg, Goldman & Korman, 2003). Ampliando el concepto, Greenberg (2011) explica que las emociones son un sistema adaptativo automático que nos da una tendencia a la acción: el miedo nos lleva a escapar, la tristeza a llorar, la ira a protegernos. Además, las emociones son una forma de procesar información y nos dan un sentido de dirección, porque nos dan información y nos movilizan. Las emociones son también una síntesis automática de muy alto nivel sobre lo que necesitamos saber. Son, en última instancia, un sistema muy sabio de discernimiento, que descifra información no accesible a la consciencia y nos moviliza a la acción. Las emociones son un sistema innato con el que todos los seres humanos nos adaptamos para sobrevivir mejor (Greenberg, 2011).

Dicho todo esto, la EFT sostiene que las emociones han ayudado en la supervivencia de la especie y han jugado un papel importante en lo interpersonal y en lo intrapersonal. Las emociones son innatas y básicamente adaptativas, porque tienen la función de guiar nuestra conducta para protegernos y llevarnos a estar bien; sin embargo, hay ocasiones en que vivimos momentos dolorosos o traumáticos, que no logramos entender ni significar, y suprimimos o reemplazamos esas emociones innatas por otras que nos ayudan a pasar el evento traumático, pero que son emociones desadaptativas, que generan también conductas disfuncionales. Al respecto, la EFT propone que las emociones tienen un potencial adaptativo innato, que si se activa, puede ayudar al cliente a cambiar sus estados emocionales problemáticos y sus experiencias no deseadas (Greenberg, 2011).

Greenberg (2010) afirma que desde el punto de vista de la neurociencia, las emociones son un lenguaje muy particular del cerebro, un proceso en el cual el sistema límbico es el principal responsable, que es diferente al de los pensamientos y tiene sus propios principios químicos y fisiológicos. El sistema límbico, dice el autor, es el responsable de muchos procesos fisiológicos y por eso se relaciona con la salud, el sistema inmunitario y los órganos principales del cuerpo. Hay dos rutas que siguen las emociones:

la ruta corta y rápida de la amígdala, que activa respuestas viscerales vía señales automáticas y emergentes; y la ruta más lenta y larga de la corteza cerebral, en la cual las emociones están influenciadas por las cogniciones. Ambas cumplen diferentes funciones y le permiten al sujeto adaptarse a las situaciones del entorno y a su mundo interior (Greenberg, 2010).

Así que no son las emociones las que causan un problema, sino la incapacidad de la gente de manejarlas adecuadamente, pues ellas están conectadas a sus necesidades más básicas (Stiles, Hill & Elliott, 2014). Por tanto, estar desconectado de la experiencia emocional significa estar privado de la información adaptativa que ellas proporcionan (Damasio, 1994, citado en Pos, Greenberg, Goldman & Korman, 2003). Por otro lado, cuando una emoción causa malestar, sólo otra emoción puede cambiar el efecto de la primera (2002, citado en Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Entonces, si no se tiene acceso a las emociones, se pierde una fuente valiosa e inteligente de información que generalmente guía las conductas adaptativas.

La idea principal de la EFT es explorar y vivir las emociones durante la terapia. La gente en general tiene miedo de las emociones, porque éstas pueden ser muy dolorosas y por eso tiende a evadir las, pero la EFT enseña que hay que ir más allá y enfrentarlas, aunque sean dolorosas, porque ese es el camino para cambiarlas (Greenberg 2011). Además, la EFT además de dar mucha importancia a la relación terapéutica, también compromete al cliente en forma activa, mediante tareas durante las sesiones para promover la profundización de las emociones, su elaboración y significación (Elliott et al., 2013). Mientras que la sicodinámica y la TCC tienden a trabajar con la cognición, la EFT se enfoca en trabajar las emociones presentes y luego, en trabajar con el cambio emocional durante la terapia, procurando entender el proceso de cambio que se lleva a cabo en cada cliente (Greenberg 2011). Se trata de un abordaje que integra principios de la terapia

centrada en el cliente, terapia Gestalt y terapia cognitiva, con el principio humanista, con sustento empírico, mirando al cliente como parte de un sistema, que puede ser familiar, de pareja, laboral, académico, etc. (Greenberg, 2011).

El modelo humanista experiencial dice que las emociones son adaptativas y constituyen una fuente de información, pero Greenberg sostiene que además éstas juegan un rol importante en la disfunción psicológica, porque dan origen a esquemas emocionales desadaptativos (1993, citado en Missirlian, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005). Concuerdan con esta idea los estudios que hizo Toukmanian en 1990 y 1992, que dicen que la disfunción psicológica se arraiga en las percepciones automáticas erróneas y que está filtra el tipo de información que puede aceptar y la forma en la que ésta se procesa (citado en Missirlian, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005). Estudios llevados a cabo en el año 2000 por Fredrickson, Mancuso, Branigan & Tugade (citado en Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008), mostraron que las emociones positivas reparan las secuelas que dejan las emociones negativas en el sistema cardiovascular.

En relación a los esquemas emocionales, Greenberg (2010) sostiene que éstos se componen por redes de memorias de experiencias emocionales vividas; el orden interno de los programas cerebrales no sólo es innato de la especie, sino que además se adquiere a través de vivencias peligrosas, traumáticas o dolorosas (como abuso, traición o abandono), que llevan al individuo a evitar situaciones de forma automática, sin consciencia e hacerlo. Como están vinculadas a la reacción automática, que incluye su propia fisiología, pueden provocar pensamientos automáticos en forma de rumiaciones, así como distorsiones del pensamiento, y llegar a ser muy disfuncionales.

Otros estudios revelan que desde el punto de vista constructivista experiencial (Toukmanian, 1986, 1990, 1992; Greenberg & Pascual-Leone, 1995, citados en Missirlian, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005), la percepción es un proceso cambiante con

origen en el esquema emocional, que abarca la anticipación, organización e interpretación de la realidad en base a experiencias pasadas (Toukmanian, 1995, citado en Missirlian, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005). Al respecto, Greenberg propone que la clave para transformar las emociones desadaptativas es acceder a otras emociones que sean adaptativas y saludables y que actúen como un recurso para la persona (2002, citado en Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008).

Respecto a los esquemas emocionales, la EFT dice que nacen de las experiencias de cada persona con el mundo y le dan su percepción sobre el futuro; son útiles para manejarse en el mundo porque ahorran esfuerzos y recursos (Greenberg & Safran, 1997, citado en Greenberg, 2011). Sin embargo, los esquemas emociones también pueden ser desadaptativos, cuando generan reacciones emocionales que no se adhieren a la situación que se vive (Missirlian, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005). Cada persona tiene su propio esquema emocional, que cambia con el tiempo. Sin embargo, las respuestas emocionales pueden ser clasificadas en cuatro tipos: primaria adaptativa, primaria desadaptativa, secundaria reactiva e instrumental (Greenberg & Paivio, 1997; Elliott, 2012, citados en Stiles, Hill & Elliott, 2014).

Por otro lado, la información se procesa de forma automática y controlada y nos deja funcionar en el mundo: por un lado, la función automática nos hace examinar los elementos clave de una situación sin que seamos conscientes de ello ni interfiera con otra actividad mental; y por otro, la función controlada determina un análisis lento e intencional del ambiente; por tanto, ambos se complementan (Shiffrin & Schneider, 1977, citado en Missirlian, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005).

En el estudio llevado a cabo por Missirlian, Toukmanian, Warwar & Greenberg (2005), se reportó que la excitación emocional, el procesamiento de las percepciones y la alianza terapéutica fueron tres factores de mejoría en el tratamiento. También se sabe que

la atención y el reflejo de la experiencia emocional en terapia son factores que promueven cambiar y re-estructurar los esquemas emocionales (Greenberg & Korman, 1993; Hilsenroth, Ackerman, Blagys, Baity, & Mooney, 2003; Hölzer, Pokorny; Kächele, & Luborsky, 1997; Pos, Greenberg, Goldman, & Korman, 2003; Rosner, 1996, citados en Missirlian, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005).

En cuanto al procesamiento de las percepciones, un estudio arrojó que cuando un cliente, sobre todo hacia el final de la terapia, aprende a manejar sus relaciones conflictivas con otras personas de una manera más reflexiva, es decir, diferenciando, reevaluando e integrando sus emociones, sus niveles de disfunción mejoran, porque empieza a ver de modo distinto y dar sentido a sus vivencias (Missirlian, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005).

Greenberg y Paivio (1997, citado en Pascual-Leone & Greenberg, 2007), propusieron un modelo para el manejo de lo que ellos llamaron “malos sentimientos”, que se basa en la evocación, exploración y reestructuración de emociones no saludables (como miedo, vergüenza, culpa o tristeza) que son el resultado de una forma dolorosa de percibir una vivencia personal, como una vieja herida emocional. Los autores dijeron que la forma de cambiar estos malos sentimientos es aflorar una nueva emoción, adaptativa y saludable, que le dé al cliente una nueva perspectiva; en resumen, la esencia de la reorganización emocional es la creación de una alternativa de emoción saludable, en contrapunto a una emoción y creencia disfuncionales (Greenberg & Paivio, 1997, citado en Pascual-Leone & Greenberg, 2007). En coincidencia con esto, otras publicaciones mencionan que trabajar con los malos sentimientos al afrontarlos, permitirlos y aceptarlos, promueve el cambio terapéutico (Greenberg, 2002, citado en Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008).

Greenberg se opone al sistema de diagnóstico personal del DSM, y propone como alternativa un diagnóstico del proceso de la persona. Reconoce que aunque se trata de un

manual útil para guiar cómo tratar a la persona, no es un sistema de diagnóstico funcional (Greenberg 2011). Entender el Modelo Racional Empírico de las Emociones propuesto por Greenberg contribuye a que los terapeutas decidan qué tipo de intervención es más beneficiosa para su cliente, según el estado emocional que presente éste en cada sesión (Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

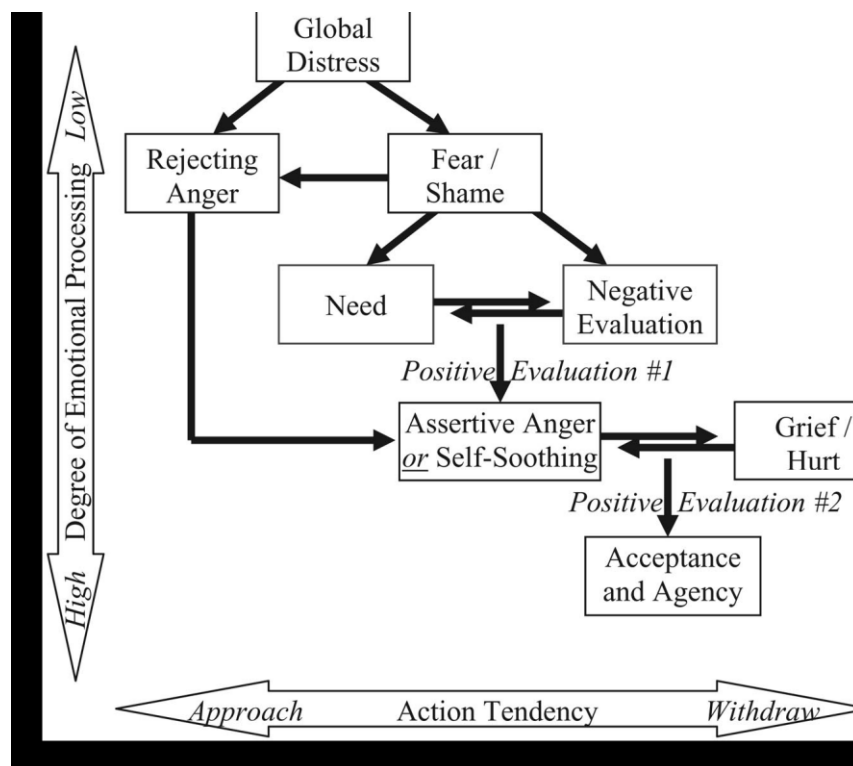


Figura 2. Modelo Racional Empírico, un diagrama del estado de transiciones emocionales en el procesamiento de la angustia (Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

En la Figura 2 hay un diagrama del Modelo Racional Empírico de las transiciones emocionales en el procesamiento de la angustia, creado por Greenberg (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Greenberg (2010) explica cómo se lleva a cabo la construcción dialéctica que moviliza al cliente de un estado problemático hacia uno más saludable: todos estamos en un proceso permanente de buscar sentido a lo vivido, a través de la unión de cogniciones y emociones, el cual se lleva a cabo al dar sentido a las vivencias,

simbolizando las sensaciones corporales y usando la riqueza de las palabras para describirlas, lo cual da origen a que se viva una nueva experiencia; por eso es importante que el terapeuta se involucre no solamente en facilitar la transformación de las emociones del cliente, sino también en que cambie la narrativa (Greenberg, 2010).

Hay varios estados emocionales: angustia global, miedo/vergüenza, ira/rechazo, dolor/herida, que nacen de auto evaluaciones negativas y que pueden evolucionar hacia la ira asertiva o el auto-calmarse, estados que logran auto evaluaciones positivas y buscan cubrir las necesidades insatisfechas. La resolución final de estos estados emocionales en el trabajo sicoterapéutico llega con la construcción dialéctica “Yo soy una persona digna de amarse”, que saca a la persona de un estado de inmovilidad hacia un presente posible, y eventualmente, a la construcción dialéctica “Soy capaz de superar esto y enfrentar el futuro”, que moviliza al sujeto del presente hacia el futuro (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Se aclara que las emociones “negativas” no siempre se pueden calificar como “no saludables” y tampoco las “positivas” como “saludables”, pues no siempre ese es el caso, ya que muchas veces las emociones negativas son los elementos que provocan el cambio hacia una emoción saludable. Un estancamiento en un estado determinado, sí puede, sin embargo, causar trastornos (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Según estos autores, el Modelo Racional Empírico para el procesamiento de la angustia contiene varios estados emocionales:

Angustia global: en el tope del modelo EFT está la angustia global. Este estado emocional se da cuando hay dolor, desesperanza, impotencia, quejas, auto-compasión, confusión, desesperación, etc. Emerge de repente, en forma vaga y difusa; incluso, la persona refiere no saber por qué se siente tan angustiada. Cuando un cliente en este estado empieza a elaborar y diferenciar sus pensamientos y emociones, se mueve hacia la ira/rechazo, o hacia el miedo/vergüenza (Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

Miedo/vergüenza: este estado es desadaptativo y específico. Aunque el miedo y la vergüenza son emociones distintas, su rol es el mismo, y más bien son facetas de la misma vivencia emocional, con un fuerte significado negativo sobre sí mismo y el entorno. Un cliente en este estado describe sentirse inadecuado, vacío, solo, incapaz, defectuoso, débil, inútil, malo, inseguro, y su tendencia es desconectarse, alejarse. Además, se basa en vivencias pasadas (Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

“Yo soy una persona digna de amarse”: la superación de estos primeros estados emocionales conflictivos es esta construcción dialéctica, que consiste en una evaluación positiva, la elaboración del miedo/vergüenza como una necesidad auténtica de aceptación y a la vez, una evaluación negativa de sí mismo. Cuando por fin el cliente se mueve del estado de miedo/vergüenza, empieza a cuestionar y volver a interpretar sus verdades anteriores, para crear verdades más adaptativas y funcionales. En otras palabras, va a vivir dos experiencias a la vez, por un lado el juicio negativo de sí mismo, y por otro lado, su necesidad de aceptación y de saberse alguien digno de amar, que son contradictorias. Hasta que al final de la terapia, cuando esa necesidad se activa y se atiende, va a nacer una evaluación positiva y compasiva de sí mismo, que va a darle un sentido de auto-valía y también una percepción de ser valioso para los demás (Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

Ira/rechazo: es un tipo difuso y no específico de estado emocional. Presenta sentimientos de protesta, disgusto, odio, rechazo y repugnancia, que son expresados con lágrimas de ira, sacudidas de cabeza o puños, y cuya tendencia es el distanciamiento o la destrucción. Este estado no está bien diferenciado en cuanto a su significado (Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

Ira asertiva: con el trabajo de terapia, la ira/rechazo o el miedo/vergüenza se pueden transformar en ira asertiva (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Esta se clasifica junto con “auto-calmarse”, porque tienen la misma función. Encarnan suficiente poder para

originar la auto-evaluación positiva y el reconocimiento de una necesidad personal. No sólo es dejar algo perjudicial, sino sobre todo, aprender a poner límites y a luchar por los propios derechos y necesidades (Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

Auto-calmarse: es el estado emocional que lleva a cubrir las necesidades propias; porque nace de la reivindicación, pero en lugar de dirigir la nueva emoción hacia el entorno, se dirige hacia sí mismo. A veces, después de vivir el miedo/vergüenza, el cliente en terapia crea una evaluación positiva y una necesidad, a través de la reflexión y cuestionamiento de su evaluación negativa, pero no sólo afirma esa necesidad, sino que va más allá, la atiende. Puede presentarse de varias maneras: auto-calmarse como tal, en silla vacía o doble silla representando un ser amado que le cuida, o en una reflexión sobre los recursos que tiene para superar su problema. Tanto la ira asertiva como el auto-calmarse representan necesidades saludables del cliente y lo van a movilizar para satisfacerlas (Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

Dolor/herida: ambas emociones cumplen el mismo papel y son lo opuesto de la ira asertiva y el auto-calmarse. Reflejan un estado emocional de malestar global en el que predomina la tristeza por la pérdida y las heridas recibidas, pero sin culpar a nadie ni tampoco resignarse. Hay mucha excitación emocional, pero ésta facilita la curación. Este estado, igual que los demás, emerge al alcanzar una evaluación positiva. Al contrario de la ira asertiva y el auto-calmarse, hay una clara consciencia de las necesidades no satisfechas (Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

“Soy capaz de superar esto y enfrentar el futuro” es otra construcción dialéctica, la etapa final de la resolución, que está entre los estados de ira asertiva o auto-calmarse y el dolor/herida (por ejemplo “me siento herido” pero “sé que voy a lograrlo, hay mucha gente que me quiere”). La reflexión y resolución de esos dos estados es un convencimiento interno de ser capaz de superar las heridas del pasado, de seguir adelante y afrontar lo que

viene en el futuro, que en definitiva es una segunda auto evaluación positiva de confianza en sí mismo y que constituye un impulso del presente hacia el futuro (Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

Procesamiento emocional exitoso: es la resolución de los estados emocionales problemáticos, que refleja que el cliente ha adquirido destrezas en su trabajo emocional, destrezas que van a estar ahí a partir de ese momento. El proceso emocional exitoso consiste en que el cliente se comprometa en buscar el significado de sus emociones, las vaya resolviendo y pase a estados emocionales más avanzados (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Los estados emocionales que implican heridas pueden ser muy dolorosos y estancar a la persona, pero la terapia puede conseguir un cambio importante en el significado, que permita al cliente tener una vivencia distinta, que eventualmente cure las heridas (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Otro concepto, un poco más sencillo es el procesamiento emocional como la manera de procesar los eventos emocionales accesibles a la consciencia (Pos, Greenberg, Goldman & Korman, 2003).

La EFT promueve mejores relaciones interpersonales. Con sus herramientas de diálogo en silla vacía y doble silla, ayuda a que el cliente aprenda destrezas para expresar sus emociones y necesidades, así como también para escuchar las necesidades del otro. Eso le da nuevas formas de negociación y resolución de conflicto que luego puede aplicar fuera de terapia, en su vida diaria (Watson et al., 2003). Estas intervenciones son ampliamente usadas y son claves en los resultados de la EFT.

“La vida es un proceso de dar sentido a nuestros sentimientos y eso es lo que hacemos en terapia; ese es el principio más fundamental de la EFT” (Greenberg, 2011, p. 32). Por otra parte, la gente necesita relaciones seguras y ser capaz de enfrentar sus emociones dolorosas (Greenberg, 2011). Por eso, el cambio viene de la transformación de

la antigua emoción primaria desadaptativa, cuando el cliente tiene acceso a una nueva emoción primaria, pero adaptativa durante la terapia (Stiles, Hill & Elliott, 2014).

La teoría EFT tiene tres principios: escucha empática, vínculo y tarea colaborativa. La escucha empática consiste en la presencia, contacto y acompañamiento auténticos, por parte del terapeuta, hacia la vivencia del cliente. El principio de vínculo enfatiza el reflejo, expresión, aclaración y validación constante de lo que el terapeuta va entendiendo dentro del proceso emocional del cliente, a través de empatía, aceptación y autenticidad. La tarea colaborativa es el acuerdo permanente entre terapeuta y cliente sobre las metas y tareas de la terapia (Greenberg & Watson, 2006). Aplicar siempre esos principios en terapia, lleva al cliente a identificar su proceso emocional y le permite acceso no sólo a sus conductas y emociones secundarias, sino que además le ayuda a adquirir la destreza de ponerse en contacto con sus emociones y necesidades primarias no resueltas, para poder expresarlas de modo asertivo, lo que a su vez conduce a un mejor manejo de las mismas y por tanto, al mejoramiento de sus relaciones con los demás (Greenberg & Watson, 2006).

Por otro lado, una vez que el cliente se entrena en este proceso, desarrolla un alto nivel de empatía, pues ya es capaz de interpretar lo que subyace en las emociones de las otras personas, lo que también le permite entablar diálogos con los otros a un nivel diferente, abriendo caminos de comunicación e interacción (Greenberg & Watson, 2006). El trabajo de la EFT se centra en ayudar a los clientes a experimentar y entender sus procesos emocionales, mediante la exploración de sus emociones en terapia y a través de la verbalización. Es este marco conceptual y su vasta investigación en el campo lo que distingue a la EFT de otras corrientes similares como la terapia Gestalt y la terapia Rogeriana (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008). La EFT reconoce las emociones como motivadoras de conductas y como la forma más básica para entender la realidad; poniendo

a la persona en contacto con las emociones fundamentales que evita, lo cual es básico para que no pierda el norte y se desubique (Greenberg, 2011).

La EFT es un método que aprovecha el poder de las emociones y provoca cambios positivos. La mejor manera de cambiar una emoción es con otra emoción, por ejemplo: el miedo, que nos lleva a escondernos o huir, puede ser reemplazado por la ira, que nos da impulso; así, cuando estamos asustados, podemos sacar la ira para empoderarnos, eliminar el miedo y afrontar la situación. De ese modo se movilizan las emociones saludables para transformar las emociones no saludables (Greenberg, 2011).

Por otro lado, los sentimientos relacionados con la falta de perdón, como la ira, el desprecio, el odio y el dolor, se pueden transformar en tristeza, compasión, empatía y cariño (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008). Varios estudios muestran que la empatía hacia el alguien que nos hizo daño ocasiona el perdón definitivo (McCullough, Rachal, Sandage, & Worthington, 1997; McCullough, Worthington & Rachal, 1997; Macaskill, Maltby & Day, 2002; McCullough, Rachal, Sandage & Worthington, 1997; McCullough, Worthington & Rachal, 1997; Worthington & Wade, 1999, citados en Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008). La empatía, una vez alcanzada, lleva a entender los sentimientos del otro, y es un estado complejo, que facilita el perdón por el daño recibido (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008). La empatía hacia quien nos ha causado daño, nos hace capaces de verlo como un simple ser humano, y también nos deja reconocer que actuó como cualquier otro habría hecho en su lugar (Rowe et al., 2003, citado en Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008).

La EFT ha mostrado también ser efectiva para tratar a quienes tienen asuntos no resueltos y dificultad para perdonar heridas recibidas, ya que el perdón es un aspecto importante de la recuperación emocional una vez que se ha sufrido una agresión (Enright & Fitzgibbons, 2000; Worthington, 1998, 2001, citados en Greenberg, Warwar &

Malcolm, 2008). Muchos autores han dicho que el trabajo emocional y la empatía juegan papeles importantes en conseguir el perdón (Davenport, 1991; Enright & Fitzgibbons, 2000; Fitzgibbons, 1986; Hope, 1987; Karen, 2001; Malcolm, Warwar, & Greenberg, 2005, citados en Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008). Por otro lado, el perdón ha mostrado un impacto positivo en la salud física, mental y espiritual, así como en las relaciones, mientras que la falta de perdón puede causar malestar y provocar rumiaciones y hostilidad (Witvliet, Ludwig, & Vander Laan, 2001, citado en Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008). La EFT es, por tanto, efectiva para resolver asuntos pendientes, regular rumiaciones y facilitar el perdón (Witvliet, Ludwig, & Vander Laan, 2001, citado en Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008).

Sobre este mismo tema, la EFT hace que se reconozcan y validen emociones mal vistas como el resentimiento, el odio y la revancha hacia la persona que causó la herida (Akhtar, 2002; Baures, 1996; Enright & Eastin, 1992, citados en Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008) y después trabaja en asignar y asumir responsabilidades y atender las necesidades expresadas, en vez de estancarse en culpar al otro y victimizarse, y finalmente conduce a que el cliente encuentre significado, transforme las emociones y perdone (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008). Los ejercicios de silla vacía o doble silla para promover el perdón, traen a la terapia al ofensor y el daño que causó, promueven que el cliente vaya de una discusión cognitiva con su terapeuta, hacia un diálogo y una confrontación con quien le ofendió, re-examine su posición de víctima, re-elabore conceptos, y resuelva la herida emocional (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008).

La EFT promueve también la empatía a través de la entrada imaginaria en el mundo del otro, para que el cliente entienda lo que esa persona siente, aunque no comparta la misma vivencia (Greenberg & Rosemberg, 2002, citado en Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008). Como es tan buena en provocar empatía, la EFT tiene muy buenos

resultados en problemas interpersonales y para promover el perdón, porque el terapeuta pone al cliente en la piel de quien le hizo daño, para entender lo que vivió desde otra perspectiva (Berecz, 2001, citado en Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008). La falta de perdón también ocasiona el estancamiento en emociones negativas y reacciones de muchísimo estrés, producto de las rumiaciones sobre el daño recibido, lo cual incluso puede conducir a la persona a enfermar física o emocionalmente (Harris & Thoresen, 2005, citado en Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008).

La EFT busca llevar al cliente desde un estado emocional negativo de no-perdón, hacia la disminución de ese estado, aunque la meta no sea necesariamente que la persona perdone, sino que la persona deje atrás la herida recibida y supere la situación que tanto le molestó. La falta de perdón provoca un estado emocional que provoca malestar y se ha demostrado que éste puede bajar incluso si la persona no perdona, tan sólo con que elabore las emociones que tiene al respecto (Worthington, Sandage & Berry, 2000; Worthington & Wade, 1999, citados en Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008). En aclaración a estas ideas, reducir la falta de perdón no es lo mismo que promover el perdón por el daño recibido; el perdón es un proceso que involucra no sólo reducir la falta de perdón, sino superar o dejar atrás el daño, y disminuir los pensamientos y sentimientos negativos hacia el ofensor, además de aumentar la empatía, compasión y comprensión hacia éste (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008). A juicio de estos autores, el perdón implica también dos importantes procesos emocionales: superar el dolor y la ira que provocan el daño recibido, y eventualmente sentir cosas positivas como amor, bondad, compasión y empatía hacia quien hizo el daño. En resumen, se puede resolver el daño emocional que aún no se ha perdonado, al reducir o dejar atrás las emociones negativas, o al superar éstas y aumentar las positivas (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008).

Cabe destacar que en el estudio llevado a cabo por Greenberg, Warwar & Malcolm, (2008), los daños o heridas emocionales de la mayoría de participantes fueron causados por sus padres. La EFT trabaja en la falta de perdón hacia daños que han causado figuras importantes, buscando dos posibles resoluciones: perdonar el daño / reducir la falta de perdón mediante la empatía hacia el ofensor, o superar los sentimientos negativos y atender las necesidades insatisfechas y emociones negativas en relación al daño o a quien hizo daño, aun cuando no haya empatía y compasión por él (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008).

Sobre la EFTC, Greenberg y Johnson dicen que las parejas se meten en ciclos de interacción negativos como culpa/ataque-defensa o dominio-sumisión, por su incapacidad para revelar emociones vulnerables que tienen escondidas, relacionadas con su necesidad de apego y la forma en que se perciben. Los seres humanos tenemos grandes dificultades para revelar nuestros sentimientos vulnerables y terminamos atacándonos unos a otros (Johnson, 2008). El proceso de cambio básico que propone la EFTC es ayudar a las parejas a expresar sus sentimientos de apego y relacionados con la identidad, que a menudo son sobre validación e desdén. En un ambiente seguro de terapia, las parejas logran revelar sus verdaderas emociones al otro, y cuando lo hacen de modo auténtico, asertivo y sin exigencias, evocan en el otro la compasión, el entendimiento y el amor, en lugar de la defensa y el contraataque, lo que determina un cambio en su forma de relacionarse (Johnson, 2008).

Por otro lado, el estrés de pareja se refleja en la desconexión emocional por las necesidades no satisfechas (Johnson, 2004, citado en Johnson et al., 2013). Cuando una persona advierte que su pareja no está disponible, no responde a sus necesidades, es crítico o le rechaza, generalmente adopta estrategias de regulación que de forma no intencional continúan e incluso empeoran los problemas y debilitan su vínculo. Estas estrategias

incluyen culpar al otro, ser demandante, desconectarse y/o levantar una pared (Gottman, Coan, Carrere & Swanson, 1998, Johnson et al., 2013).

Las relaciones conflictivas de pareja se originan en los vínculos inseguros que formaron uno o ambos miembros en su niñez, y que luego establecen un modelo de relacionarse entre sí; el proceso que promueve la EFTC podría ser una ruta para transformar ese vínculo inseguro en un vínculo seguro adulto (Mikulines & Shaver, 2007, citado en Johnson, et al., 2013). Johnson, que ha estructurado la EFTC, dice que la regulación emocional involucra tres sistemas de motivación: 1) los estilos de apego o vínculo, 2) la identidad y esquema emocional de ambos, y 3) la atracción o gusto (Johnson et al., 2013). Al fortalecer el vínculo emocional, la EFTC mejora la habilidad de la pareja para tranquilizarse uno al otro en sus dificultades (Johnson et al., 2013). En el desarrollo de la EFTC, Johnson describe tres fases: desescalar, reestructurar y consolidar (Johnson, 2008).

Métodos, intervenciones y herramientas.

Hay varios métodos, intervenciones y herramientas que han sido desarrollados por los principales autores de la EFT y la EFTC, entre ellos:

1. Respetar y promover el desarrollo del proceso de cambio, que tiene seis principios fundamentales: 1) la conciencia de la emoción, 2) la expresión de la emoción, 3) la regulación de la emoción, 4) la reflexión sobre la emoción, 5) la transformación de la emoción por otras emociones, y 6) tener experiencias emocionales correctivas con otras personas (Greenberg, 2011).
2. Silla vacía y doble silla: la EFT y la EFTC con estas dos herramientas han mostrado muy buenos resultados para mejorar las relaciones interpersonales y de pareja, desarrollar empatía y promover el perdón (Greenberg, 2011; Johnson, 2008). Éstas promueven la exploración de los sentimientos y necesidades, la

verbalización de la necesidad de cambiar propia y de los demás, en una forma apropiada, sin culpar al otro; además, enseñan al cliente a escuchar al otro y a reconocer las necesidades que tiene. Todo eso otorga herramientas de negociación y resolución de conflictos que luego puede aplicar fuera de la terapia (Watson et al., 2003). Estas intervenciones reducen los síntomas de malestar, mejoran la expresión de quejas, reducen los problemas interpersonales y resuelven asuntos inconclusos (Paivio & Greenberg, 1995, citado en Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008). Además, promueven la empatía hacia quien se considera un ofensor (Paivio & Greenberg, 1995; Paivio, Hall, Holowaty, Jellis, & Tran, 2001; Paivio & Nieuwenhuis, 2001, citados en Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008). Los trabajos de silla vacía y doble silla han mostrado ser muy efectivos en la EFT para promover el perdón, al facilitar el duelo por la pérdida, el daño causado o el deterioro de una relación importante. Es muy importante considerar el cambio en la forma de verse a sí mismo y al mundo que pueda haber causado la herida recibida por el cliente (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008). En el trabajo para perdonar la traición o el abandono, la expresión de la ira y la tristeza juega un papel importante (Greenberg & Paivio, 1997, citado en Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008). Facilitar un diálogo de silla vacía con el causante del daño ayuda a superar la pérdida y a decir adiós a lo que irreparablemente se ha dañado como consecuencia de la herida recibida (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004; Greenberg, Rice, & Elliott 1993, citados en Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008).

3. Promover la familiarización con los tipos de emociones: Greenberg (2011) trabajó en identificar y diferenciar las emociones primarias (que la persona

siente en forma innata ante cualquier situación), de las emociones secundarias (que la persona siente respecto a su emoción primaria o respecto a un pensamiento que tiene sobre su emoción primaria), de las emociones instrumentales o manipulativas (que tienen como propósito lograr un objetivo). Paralelamente, trabajó en algo que el movimiento humanista no tenía: identificar si las emociones son adaptativas / constructivas (que son adecuadas ante la situación y dan información confiable para guiar las conductas) o desadaptativas / destructivas (no adecuadas ante la situación, producto de un aprendizaje traumático o doloroso del pasado, y no confiables para conducir las conductas); por ejemplo, la ira puede ser adaptativa y empoderar si sirve para poner fin a un abuso y se expresa en forma asertiva, pero también puede ser inadaptaada si se expresa en forma destructiva, violenta y lastima a alguien. En casi todos los casos, las emociones pueden ser constructivas o destructivas (Greenberg, 2011). Que el terapeuta conozca e identifique el tipo de emociones permite que fluya la terapia, porque le hace capaz de ponerse en contacto con ellas y facilitar los procesos subyacentes; por otro lado, es muy recomendable enseñar al cliente a identificar sus propias emociones, para dar cabida al cambio cuando son desadaptativas. En resumen, hay que abordar las emociones adaptativas, dice Greenberg (2010), para alcanzar la información y la tendencia de acción saludable que nos dan como guía; las emociones desadaptativas necesitan ser reguladas y transformadas; y las emociones secundarias se deben trabajar para disminuir y alcanzar la emoción primaria que las originan.

4. Permitir auto-revelaciones cuando favorecen el proceso terapéutico: hay varios tipos de auto-revelaciones, por ejemplo de similitud, sentimientos, insight, inmediatez, estrategias, entre otros. Todas se usan de modo diferente y tienen

distintas consecuencias (Hill et al., 2014; Pinto-Cohelo & Hill, 2014, citados en Stiles, Hill & Elliott, 2014). Curiosamente, las auto-revelaciones fueron reportadas por los clientes como la respuesta verbal que más ayuda (Hill, 1998, citado en Stiles, Hill & Elliott, 2014).

5. Acompañar y favorecer el procesamiento emocional: trabajo central en las terapias de exposición (Foa & Kozak, 1998, citado en Pascual-Leone & Greenberg, 2007), así como también en terapias breves de sicodinámica integrativa (Fosha, 2000; McCoullogh et al., 2003, citados en Pascual-Leone & Greenberg, 2007). La persona que acuñó ese término fue Rachman, en 1980 y lo describió como la disminución de las experiencias problemáticas internas de miedo, que han sido vividas en forma repetida (citado en Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Luego, en 1986, Foa y Kozac dijeron que el procesamiento emocional se refleja en el aumento o decremento de la respuesta emocional mediante habituación al miedo y a la información inconsistente, que se acompañan por la activación cognitivo-afectiva de temor (citado Pos et al., 2003). La EFT ve las emociones como un continuo de etapas: 1) la persona activa la emoción por la experiencia, 2) la persona permite y tolera su contacto directo con esa emoción, 3) la persona trabaja en la integración de cogniciones y afectos, es decir, les encuentra sentido (Pos et al., 2003). El procesamiento emocional incluye explorar creencias sobre la experiencia emocional, verbalizarla, e identificar necesidades que pueden motivar un cambio en los significados y las creencias de la persona (Pos et al., 2003). Se podría decir que este último es un concepto que resume todo el trabajo que ha desarrollado la EFT.

6. Para la EFTC, Susan Johnson es quien ha desarrollado mayor investigación y describe tres etapas, con sus propias técnicas para intervenir: 1) Desescalar, en la cual el terapeuta ayuda a cada miembro a observar su ciclo negativo y reconocer el abandono o rechazo que provoca en el otro, y contiene a ambos; 2) Reestructurar, en que la pareja trabaja para descubrir y compartir sus miedos y necesidades de vincularse y gradualmente encuentra la forma de expresarlos al otro de manera que facilite la cercanía, la accesibilidad y la respuesta del otro, estableciendo un vínculo más seguro entre los dos; y 3) Consolidar, la etapa final, que se alcanza cuando la pareja ha trabajado las etapas 1 y 2 y ha construido un nuevo vínculo y desarrollado una nueva manera de expresar sus verdaderas emociones para buscar satisfacer sus mutuas necesidades (Johnson, et al., 2013).

Marcadores y tareas en EFT.

Una de las cosas que distinguen a la EFT es que además de promover una buena relación con el cliente, el terapeuta lo guía en el proceso de cambio a través de distintas tareas en diferentes momentos, para conseguir objetivos específicos (Greenberg, 2010). Para facilitar el trabajo del terapeuta al encontrarse con esos estados emocionales problemáticos del cliente durante las sesiones de EFT, se han estructurado “marcadores”, que son momentos emocionales de la terapia del cliente, los cuales el terapeuta debe abordar desde una “tarea”, que es un ejercicio para involucrar al cliente en la identificación, exploración, reflexión, expresión, transformación y re-significado. Los siguientes marcadores no sólo indican el estado emocional y la intervención que sería más adecuada, sino también si el cliente está preparado para abordar el problema (Elliott et al., 2013):

- a) *Reacción problemática*: que se expresa por perplejidad o confusión hacia una emoción o pensamiento. En este estado, la tarea consiste en la *evocación* de la situación vivida, para promover que las emociones emerjan de nuevo en forma intensa y el cliente reflexione sobre ellas y les encuentre significado. La resolución se encuentra en una nueva visión de su manera de sentir, pensar o actuar.
- b) *Sensación sentida difusa*: el cliente no logra identificar qué siente, sólo puede describir un malestar indefinido en alguna parte de su cuerpo. En este estado, la tarea es *focusing*, que consiste en acompañar al cliente a enfocarse en la sensación, para ponerla en palabras, hasta decidir cómo manejar el malestar del cuerpo, momento en que se logra alivio y se encuentra significado.
- c) *Conflicto dividido*: en este estado una parte del self es crítico y represivo, mientras la otra está sometida, oprimida. La tarea para este marcador es un *diálogo de doble silla*, en el cual se confrontan ambas partes expresando sus ideas, emociones y necesidades, a fin de conseguir suavizar la posición de la parte crítica, para que vea a la otra en forma menos dura y más compasiva, y se alcance una resolución que integre el self y logre la auto-aceptación.
- d) *División por un self interrumpido*: una parte del self reprime o interrumpe la vivencia emocional de la otra parte, disminuyendo, humillando, dando órdenes, contrariando. La tarea es una *declaración de doble silla*, en la cual se alienta a la parte reprimida a expresar su voz y hacer callar a la parte opresora. Se resuelve cuando la parte bloqueada es capaz de expresar lo que antes callaba.
- e) *Asuntos no resueltos*: el cliente tiene algo pendiente de solucionar con alguien importante o significativo en su vida, para lo cual se hace una tarea de *diálogo de silla vacía*, que facilite que el cliente exprese sus sentimientos y necesidades. La

resolución se alcanza cuando se presenta un diferente punto de vista sobre sí mismo y el otro, y se puede dar significado a lo que ocurrió.

- f) *Vulnerabilidad*: el cliente siente mucha vergüenza e inseguridad, causadas por alguna vivencia pasada, que le dan la sensación de fragilidad. Este marcador se puede manejar a través de una tarea de *afirmación empática afirmativa*, en la que el terapeuta normaliza primero la experiencia, refleja su tono y dolor, y luego valida las emociones. Se resuelve con una nueva fortaleza adquirida para el *self*.

Hay algunos otros marcadores que los autores recomiendan (Elliott et al., 2013; Greenberg, 2010): trauma, cuya tarea es volver a contar la historia; auto-contención, cuya tarea es auto-compasión; dependencia ansiosa, cuya tarea es auto-calmarse; alto estrés emocional, cuya tarea es buscar significado; confusión, cuya tarea es abrir un espacio, etc. (Greenberg, 2010). Los principios de la intervención emocional en EFT son: hacer consciente la emoción, expresarla, regularla, reflexionar sobre ella, transformarla y tener una experiencia emocional que corrija la anterior (Greenberg, 2010).

Recomendaciones de aplicación.

La EFT se recomienda para personas que sobre-controlan sus emociones o que intelectualizan sus emociones, porque no pueden depender de ellas como una guía confiable para sus comportamientos (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008). Estas personas están sin acceso a sus emociones, la fuente de información más inteligente para guiar sus conductas, y por ende no saben cómo reaccionar ante las situaciones, de modo que están sin brújula. El trabajo terapéutico con ellas consiste en hacerles explorar sus emociones, forzando a que éstas aparezcan en las sesiones, y acompañarlas mientras reflexionan y les encuentran significado (Greenberg, 2011).

La EFTC además se recomienda para restaurar relaciones de pareja, porque refuerza los vínculos de apego, aumenta la confianza y promueve la interdependencia, el

cuidado mutuo y la seguridad (Robles & Kiecolt-Glaser, 2003; Mikulincer & Shaver, 2007; Johnson, 2003; Johnson, 2008; Burgess, Johnson, Dalgleish, Tasca, Lafontaine, 2006, citado en Johnson et al., 2013). La EFTC ha mostrado ser muy efectiva para casos en los que uno o ambos miembros han sido víctimas de abuso sexual, depresión mayor o cáncer de seno (Johnson, 2002; MacIntosh & Johnson, 2008; Dessaulles, Johnson & Denton, 2003; Denton, Witterborn & Golden, 2012; Naaman, Radwan & Johnson, 2009, citados en Johnson et al., 2013).

Por otro lado, la EFT funciona muy bien para tratar problemas relacionales no sólo de hombre-mujer, sino madre-hija; padre-hijo; hermanos; amigos, etc., porque consigue, mediante la exploración, identificación, expresión y resignificación de las emociones, una nueva forma de comunicarse y de verse el uno al otro, de manera más compasiva, entendiendo sus verdaderas necesidades, y promoviendo un cambio en las conductas (Greenberg, 2011).

Por otro lado, la EFT también se recomienda, por ser muy eficaz, para la depresión, la baja auto-estima y las problemas interpersonales, porque sus ejercicios de terapia enseñan al cliente a expresar las emociones y necesidades sin culpar, al tiempo que le enseñan también a validar las emociones y necesidades de otras personas, lo que brinda estrategias de negociación y resolución de conflictos para el futuro (Watson et al., 2003). Varios otros estudios respaldan estos resultados y reportan que la EFT alivia la depresión, reduce los problemas interpersonales e incrementa el auto-estima (Elliott, Greenberg, & Lietaer, 2004; Greenberg & Watson, 1998; Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos, & Steckley, 2003, citados en Missirlian, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005).

Se recomienda la EFT para clientes con asuntos inconclusos o heridas sin perdonar, porque facilita el duelo por la pérdida, la herida recibida o el daño irreparable de una relación importante. (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008).

La EFT es recomendable así mismo para traumas por abuso físico, psicológico, sexual o negligencia. Es el único modelo empíricamente probado que se basa en la resolución del trauma, a partir de intervenciones con enfoque Gestalt. A través de un diálogo de silla vacía, el cliente le expresa al abusador sus pensamientos, sentimientos y necesidades, y encuentra un nuevo significado a la experiencia de abuso que ha vivido, aumentando su confianza y auto-estima, e incluso a veces, ocasionando empatía y entendimiento hacia el ofensor (Paivio, Jarry, Chagigiorgis, Hall & Ralston, 2011).

Finalmente, la EFT también se recomienda para el trabajo terapéutico con familias, sobre todo entre padres e hijos; sin embargo, por la intensidad del método, no es para todo tipo de familias, sino dirigida a aquellas en las que se permita la expresión emocional abierta (Greenberg, 2011).

Resultados de las investigaciones.

En términos generales, la EFT espera como resultado de su intervención que sus clientes adquieran vivencias emocionales saludables, empoderamiento, resiliencia y una mayor consciencia de sí mismos; los estudios revelan que los clientes también dicen tener más auto-aceptación y mayor autenticidad (Elliott et al., 2013).

Las investigaciones dicen que las personas con un pobre desarrollo psicológico e intelectual, sobre todo varones, tienen muy poca o ninguna consciencia de sus emociones, y por tanto tienen trabajo al expresarlas, presentan conductas impulsivas y violentas y más problemas familiares y sociales (Greenberg, 2011).

Los estudios indican que la EFT para la depresión es más efectiva que una buena alianza terapéutica solamente. También es más eficaz para tratar problemas interpersonales que la TC. Además, se ha probado que funciona bien para superar conflictos pendientes o lesiones emocionales, porque promueve el perdón (Greenberg, 2011). Varios otros estudios respaldan estos resultados y reportan que la EFT alivia la depresión y reduce los problemas

interpersonales (Elliott, Greenberg, & Lietaer, 2004; Greenberg & Watson, 1998; Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos, & Steckley, 2003, citados en Missirlian, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005). Igualmente, Greenberg y Watson reportaron que la EFT es más efectiva que la Terapia Centrada en el Cliente para tratar problemas interpersonales y baja auto-estima (1998, citado en Watson et al., 2003). Del mismo modo, la EFT para problemas interpersonales mostró más efectividad que la TCC: los clientes reportaron ser menos dominantes, complacientes, sacrificados, intrusivos y necesitados y más asertivos con EFT que con TCC; mientras que los clientes de TCC dijeron que no hubo cambios en su asertividad y en su conducta complaciente (Watson et al., 2003). Un estudio de Shapiro et al. (1990, citado en Watson et al., 2003), también coincide con este hallazgo: la TCC es menos efectiva que otras terapias para los problemas interpersonales.

Otros autores se suman a esos resultados, mencionando que la EFT es mejor que la TCC para tratar problemas interpersonales, porque ésta última se enfoca mucho en las pensamientos y la razón (Castonguay et al., 1995; Goldfried & Davidson, 1994; Safran & Segal, 1990, citados en Watson et al., 2003). Dos factores pueden influir: a) la relación terapeuta-cliente que se modela en EFT, con énfasis en la empatía, aceptación, y valoración positiva, y b) las tareas de silla vacía y doble silla, que facilitan al cliente expresar sus sentimientos y necesidades y verbalizar su anhelo de que él u otras personas importantes cambien, sin culpar a nadie y de modo asertivo; eso entrena destrezas de resolución de conflictos y negociación que más adelante se convierten en fortalezas (Watson et al., 2003).

El meta-análisis de Elliott et al. (2013) mostró que la EFT es superior para tratar la depresión mayor en poblaciones clínicas, la depresión post parto en población general, la depresión leve en adolescentes y la depresión por enfermedades incurables que las terapias centradas en la persona, y además mostró ser equivalente y en algunos estudios superior a

la TCC, reportando también índices más bajos de recaída. El mismo meta-análisis encontró que la EFT es más efectiva para tratar problemas interpersonales, de pareja, heridas emocionales de figuras amadas, trauma, SEPT, asuntos no resueltos y abuso que la TCC (Elliott et al., 2013). Igualmente, evidenció que la EFT igual de buena para tratar violencia de pareja en jóvenes a su vez víctimas de violencia doméstica y bajo riesgo, que la Terapia Centrada en la Persona (Elliott et al., 2013). En cambio, el estudio mostró que aparentemente la EFT tiene peores resultados que la TCC y otras terapias para tratar desórdenes de ansiedad; sin embargo, muchos de esos estudios han sido cuestionados por el efecto lealtad de los investigadores y actualmente hay varias investigaciones que se están llevando a cabo para ansiedad generalizada, agorafobia, SEPT y otros, que al parecer tienen prometedores resultados (Elliott et al., 2013).

De igual manera, el meta-análisis reportó que la EFT es mejor que la TCC y otras terapias para el afrontamiento de enfermedades crónicas o incurables, como cáncer (especialmente de seno), SIDA, artritis, lupus, colitis, Chron, dolor crónico, vitíligo, problemas renales, cardíacos y de sueño; vale mencionar que hay controversia en los estudios, nuevamente por el efecto lealtad del investigador (Elliott et al., 2013). Lo mismo se puede decir del tratamiento para la sicosis; al parecer los estudios actuales, sobre todo los del Centro Nacional para la Salud Mental del Reino Unido (NICE por sus siglas en inglés), cuya guía del 2010 pide la no aplicación de terapias humanistas experienciales como la EFT y recomienda en cambio el uso de TCC, están sesgados por los investigadores. Estudios que se han hecho muestran resultados confusos para ambas corrientes y se necesitan más investigaciones, pero resultados con 209 clientes esquizofrénicos fueron alentadores (Elliott et al., 2013). Estos autores también reportaron que la EFT mostró ser significativamente más eficaz que la TCC para abuso de sustancias (cocaína y alcohol específicamente)

Varios estudios reportan que la EFT incrementa el auto-estima (Elliott, Greenberg, & Lietaer, 2004; Greenberg & Watson, 1998; Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos, & Steckley, 2003, citados en Missirlan, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005). Así mismo, otros estudios dicen que la EFT también mostró mayor efectividad que la TCC para tratar problemas de auto-estima (Watson et al., 2003). Un dato interesante que descubrieron los estudios de Hendriks en 2002 y de Orlinsky & Howard en 1978, (citados en Pos, et al., 2003), es que quienes tienen mejor procesamiento emocional en las etapas tardías de la terapia, es decir, que están más enfocados y más decididos a enfrentar sus emociones, obtienen mejores resultados y mejoran su auto-estima y sus problemas interpersonales más rápido. Por el contrario, quienes tienen la habilidad al principio de la terapia no necesariamente tienen buenos resultados, y tampoco quienes no la tienen para nada al principio están destinados a resultados pobres. El hallazgo importante de este estudio para los terapeutas, es que el desarrollo o incremento de la habilidad del cliente para procesar emociones hacia las etapas finales de la terapia sí está relacionado con un mayor incremento en su auto-estima (Pos, et al., 2003).

Vale la pena destacar en ese mismo estudio que los conflictos emocionales reportados como principales al inicio de la terapia, van cambiando conforme ésta se desenvuelve y se transforman en nuevos estados emocionales respecto a nuevas relaciones o nuevas emociones (Pos, et al., 2003), lo cual es bueno que los terapeutas recuerden, pues deben modificar sus intervenciones según las necesidades del cliente.

Algunos estudios han demostrado la efectividad de la EFT para bulimia nerviosa, trastornos de ansiedad y abuso sexual. Sin embargo, cabe tener en cuenta que en la EFT para trauma por abuso físico, sexual, psicológico o negligencia, si el cliente tiene trastornos de personalidad, éstos pueden incidir negativamente en los resultados, debido a una interferencia en su procesamiento emocional y el cambio (Paivio et al., 2011). Al contrario,

otros estudios han mostrado resultados ambiguos de la EFT para tratar trastornos alimenticios, de ansiedad, sicosis y algunas enfermedades médicas en particular (Elliott et al., 2013).

La EFTC ha mostrado ser altamente eficaz para tratar conflictos maritales, depresión, infidelidad y heridas emocionales (Johnson, 2008). La EFTC es muy efectiva: del 70-75% de las parejas tratadas se mueven del estrés conyugal a la recuperación y el 90% muestra mejoras significativas. Además, la EFTC parece ofrecer menos recaídas que otras terapias (Johnson et al., 2013). Estudios preliminares mostraron que la EFTC es superior que la TCC para tratar parejas en conflicto; un posterior meta-análisis mostró que entre las parejas tratadas con EFTC, tres cuartas partes de ellas sólo tenían problemas ocasionales, e incluso aquellas que estaban en riesgo de recaer, estaban bien dos y tres años después de haber terminado el tratamiento (Johnson, 2008).

Los resultados de la EFTC son notables: las parejas reportan que aumenta la interdependencia saludable, incrementa el grado de familiaridad, el cuidado mutuo, el respaldo en las enfermedades, dificultades y amenazas, mejora la habilidad de compartir la carga del hogar, mantiene el equilibrio, potencia la capacidad de auto-regulación, reduce el gasto inútil de recursos, reduce la auto percepción negativa, crea una conexión de vínculo seguro, incrementa la tolerancia y disminuye la sensibilidad al daño emocional (Coan, 2008; Smith, 2003; Beckes, Coan & Hasselmo, 2013; Coan, Kasle, Jackson, Schaefer & Davidson, 2013, citados en Johnson et al., 2013).

Estudio llevados a cabo en el 2013 por Johnson et al. para medir los resultados de imágenes de resonancia magnética de 34 mujeres durante la exposición a imágenes de maltrato tomando la mano de su pareja, de un extraño y solas, mostraron que la EFT no sólo mejoró su capacidad de auto-regulación en sus relaciones, sino en su entorno social general y aun cuando estaban solas. Ese estudio también mostró que la EFT mejora la

respuesta cerebral durante la visión de episodios de maltrato, permitiendo que el cerebro no tenga tanto desgaste metabólico, justamente porque motiva la auto-regulación (Johnson et al., 2013).

La EFT para promover el perdón mostró ser más efectiva que la terapia cognitiva de sicoeducación, y además funcionó mejor para superar las heridas y mejoró el bienestar general de los clientes que no habían podido perdonar a una figura importante que les hizo daño (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008). El mismo estudio sugiere que hay beneficios en la salud general como resultado de la resolución de un daño recibido, tanto al perdonar como al dejar la herida atrás (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008).

Estudios llevados a cabo mostraron que la EFT es más efectiva que la TCC para tratar problemas interpersonales: los clientes de EFT dijeron ser menos dominantes, complacientes, sacrificados, intrusivos y necesitados, y más asertivos; mientras que los clientes de TCC dijeron que no hubo cambios en su asertividad y en su conducta complaciente (Watson et al., 2003). Otros autores también se suman a esta conclusión, mencionando que la TCC no es buena para tratar problemas interpersonales, porque se enfoca mucho en las cogniciones y la razón y deja de lado el origen emocional que puede haber detrás de ellos (Castonguay et al., 1995; Goldfried & Davidson, 1994; Safran & Segal, 1990, citados en Watson et al., 2003).

Finalmente, en una investigación con población deprimida la EFT mostró ser más efectiva para el tratamiento de incrementar el auto-estima en comparación a la TCC (Watson et al., 2003).

Tema 3. Importancia de la alianza terapéutica.

Algunos estudios en el campo de la sicoterapia indican que la alianza terapéutica explica hasta un 30% de la mejoría del cliente (Lambert, 1992, citado en Corbella, Botella,

Gómez, Herrero y Pacheco, 2011). De igual modo, se ha mencionado que desde la experiencia humanista-experiencial, proveer empatía, validación y una alianza colaborativa, crea un ambiente seguro en el cual el cliente puede experimentar sin temor sus emociones (Rogers, 1957, 1975; Bordin, 1979, citados en Pos et al., 2003). Además, involucrar al cliente en la exploración, evocación, reflexión de significado, tareas estimulantes, le da al cliente un contacto más profundo con sus emociones y le ayuda a encontrarles sentido (Greenberg et al., 1993; Greenberg et al., 1998; Rice, 1984, citados en Pos et al., 2003).

En respaldo a estos conceptos, los estudios de Pos et al. (2003) destacaron que una alianza terapéutica temprana es determinante en los resultados que se obtienen, lo cual refleja el poder curativo que tiene el vínculo terapéutico, más allá de su papel en la promoción del procesamiento emocional del cliente (Pos et al., 2003). En respaldo a este hallazgo, otros estudios también sugieren que la alianza terapéutica es un factor importante en el cambio obtenido; el buen vínculo terapéutico ha mostrado ser el mejor predictor de los resultados (Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994, citado en Missirlian, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005). Y en la misma corriente, se ha visto que una buena alianza contribuye sustancialmente a los resultados que se obtienen, no importa el tipo de tratamiento” (Ackerman et al., 2002, citado en Missirlian, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005).

Por último, una de las conclusiones más sólidas de las investigaciones, es que una buena alianza terapéutica es el mejor predictor de los resultados, lo que sugiere que hay que mirar a fondo las necesidades de los clientes, antes que la marca o nombre de la terapia (Holmes, 2002). También otros estudios revelan que el interés que pone el terapeuta en el cliente, reflejado en cosas como la alianza, reparación, empatía, calidez y genuinidad, aunque no son técnicas sino destrezas, contribuyen al mejoramiento del cliente y al éxito

de la terapia, más allá de la corriente o enfoque que se aplique (Norcross, 2011; Safran & Muran, 2000, Stiles et al., 1998, citados en Stiles, Hill & Elliot, 2014). Se ha mencionado que las técnicas del terapeuta, la participación del cliente y la relación terapeuta-cliente, están entrelazados; pero hay que dejar claro que las técnicas son inútiles no hay una buena alianza y un cliente involucrado (Hill, 2005, citado en Stiles, Hill & Elliot, 2014). Todos los estudios citados se enmarcan en teorías de enfoque humanista.

De igual modo Holmes (2002) aunque se inclina por un enfoque cognitivo dice que la TCC, con su estructura, su perspectiva optimista y la participación activa del cliente, es poderosa precisamente porque favorece la creación de una buena alianza terapéutica. Así, la TCC, aun cuando es en esencia cognitivo conductual de base constructivista, también se remite a la importancia de la alianza terapéutica para lograr buenos resultados. En conclusión, los dos enfoques que se escogieron para la intervención en este caso se enmarcan en la importancia de la alianza terapéutica para el desarrollo de los procesos de cambio en terapia.

Tema 4. Fundamentos para la combinación de TCC y EFT.

Para dar tratamiento sicoterapéutico a la cliente del presente caso de estudio, se eligió la combinación de la TCC y la EFT. A continuación se mencionan algunos estudios que respaldan la combinación de teorías y el uso de diferentes enfoques.

Holmes (2002) una vez analizada la evolución y algunas de las posibles limitaciones de la TCC, tal vez la más exitosa teoría de los últimos décadas, dice que el mundo está entrando en la etapa de la post TCC, que va más allá del nombre o marca de una terapia, para considerar sus intervenciones, sus fortalezas específicas y técnicas, así como las similitudes y diferencias de las distintas teorías, tanto a nivel teórico como práctico. Además, para muchos investigadores, si no hay una clara conexión entre la

sicoterapia y sus resultados, el proceso en la mitad no tiene mayor importancia (Stiles, Hill & Elliott, 2014). En esa línea, también se ha dicho que los clientes en el siglo XXI merecen recibir terapias que estén por encima de las viejas rivalidades y se concentren en la efectividad, los factores comunes, las intervenciones y herramientas que den resultado y que favorezcan el desarrollo de las habilidades, lo cual va más allá de las marcas o nombres de las terapias o teorías (Holmes, 2002). Según este autor, es una posición inteligente y objetiva no quedarse en lo que encierra cada enfoque, sino buscar un abordaje más ecléctico, en beneficio del tratamiento terapéutico de cada cliente, usando lo que puede aportar a su mejoramiento, no importa de qué corriente venga, en lugar de ceñirse a lo que dicta una sola teoría.

También cabe destacar que mucho se ha hablado sobre el efecto lealtad de los investigadores y los publicadores a la hora de reportar resultados de las diferentes teorías. Todas alegan que la simpatía y filiación hacia determinadas teorías, establecen el modo en que se hacen las investigaciones, el sesgo del investigador y posteriormente, cómo se publican los resultados (Watson et al., 2003; Stiles, Hill & Elliott, 2014; Elliott et al., 2013). Entonces, depende del cristal con que se mire, o más bien, de qué tendencia tengan los investigadores y publicadores de los artículos que se leen, para determinar si los resultados son pro o contra determinada teoría.

APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

A fin de estructurar la forma en que se aplicó el tratamiento, se abordan las intervenciones desde las distintas perspectivas que se han planteado para manejar el caso, que son: el establecimiento de una buena alianza terapéutica, la terapia cognitivo conductual TCC y la terapia focalizada en las emociones EFT. Dentro de cada enfoque, se detallan las intervenciones que se hicieron y cuál es el objetivo que cada una persiguió.

Alianza Terapéutica

Según los estudios (Corbella y cols, 2011), una buena relación entre terapeuta y cliente determina en gran medida el resultado de la sicoterapia y es fundamental para facilitar el proceso de cambio dentro del cliente. Por eso, se le mostró desde el primer momento y durante todo el tratamiento calidez, empatía, autenticidad, interés genuino en su problemática y aceptación incondicional. Se dejó establecido que ella era quien más conocía sobre su vida y su proceso y sólo necesitaba un poco de acompañamiento para descubrir su propio potencial de solucionar sus problemas. Igualmente, se le pidió que si alguna vez la terapeuta no estaba acertando en la interpretación de sus emociones, hiciera la respectiva corrección.

Terapia Cognitivo-Conductual TCC

Rumiaciones.

Según Beck (2005), los pensamientos automáticos generan rumiación y a su vez, ésta puede generar trastornos. La autora explica que para regular la rumiación, hay que trabajar modificando los pensamientos automáticos disfuncionales y explicar al cliente cómo funciona el modelo cognitivo. Por tal motivo, temprano en el proceso terapéutico se introdujo a la cliente en los conceptos del modelo cognitivo, se le explicó en qué consiste y

cómo funciona. Después se le mostró cómo emergen los pensamientos automáticos y cómo empieza la rumiación, con un ejercicio modelado en terapia.

En el ejercicio se le pidió asomarse junto con la terapeuta a la ventana, y explicarle que mientras mirábamos hacia el exterior, ambas íbamos a decir todo lo que estuviéramos pensando, algo como esto:

T: Mira, hay mucha gente en la fila de la tesorería

C: Si, hay una fila larga

T: Hay un chico muy gordo con una mochila roja, se ve malgenio

C: Y hay dos chicas conversando, la una rubia y la otra muy alta

T: El clima está raro, parece que va a llover...o será que más tarde sale el sol??

T: Y yo tengo que irme temprano porque tengo un montón de deberes...

T: Y aún no he comido nada, tengo hambre y ese señor está comiendo papas fritas...

C: (animada por el diálogo de la T)...si, yo también tengo hambre, hoy casi no alcancé a desayunar porque mi hija se levantó tarde y me tocó ir a dejarla... y el pobre cajero debe estar cansado...o tal vez es un lento...qué chistoso hacer esto!!!

Luego se llenó con ella un registro de pensamientos automáticos y se le explicó que algunos son neutros y no causan emociones intensas, mientras otros provocan emociones negativas o positivas, dándole ejemplos de cada uno. Se le pidió hacer registros de pensamientos automáticos durante la semana, a fin de lograr conciencia y control sobre ellos.

Distorsiones cognitivas.

Según Beck (2005), las distorsiones cognitivas están presentes en todas las personas en mayor o menor medida, pero la frecuencia de ellas y la severidad con que miramos el mundo interior y exterior a través de las mismas, puede causar disfunción y trastornos. Para modificar las distorsiones cognitivas de la cliente, se le explicó primero un

breve concepto de las distorsiones y se le dio ejemplos de algunas de ellas. Luego se le pidió llenar una pequeña prueba de auto-reporte sobre el tema, y se le entregó el listado de distorsiones cognitivas, leyendo con énfasis aquellas en las que la cliente sacó los puntajes más altos. Se le mostró de qué manera se trabajan las distorsiones, haciendo un ejercicio en terapia para cuestionarlas mediante razonamiento socrático, como éste:

T: Una de las distorsiones que al parecer tienes más frecuentemente es “debería/s/n”, que consisten en tener reglas muy rígidas y de alta expectativa sobre uno mismo, los demás y el mundo, pero que en realidad son pensamientos sin fundamento, puedes decirme alguna?

C: Siempre creo que no debería haberme casado con mi ex, ni tampoco debería haber pasado todo lo que pasó, ni que yo debería dejar que mi mamá y mis tías y primas se metan en mi vida...ella no deberían meterse...y mi mamá debería estar mejor y entenderme...tal vez todo debería ser diferente... (y muchas otras más)

T: Vamos con la última, ¿por qué crees que todo debería ser diferente?

C: Porque como han pasado las cosas me he metido en muchos problemas y yo no debería haber causado todo esto

T: Si todo debería ser diferente, entonces ¿no debiste casarte con tu ex, verdad?

C: No, no debí

T: Pero si no te hubieras casado con él, no habrías tenido a tu hija...

C: ¡Mi hija es lo mejor que tengo en el mundo!

T: ¿Ves? Ahí sacamos una: si no te hubieras casado con él, no tendrías tu hija, que es lo mejor del mundo...

C: Si, es verdad. Pero igual las cosas debieron pasar diferentes...

T: ¿Y qué posibilidad tenías tú de hacer que las cosas no pasen como pasaron?

C: No sé...supongo que ninguna...

T: Ahí salió otra: tú no podías controlar las cosas que pasaron...hay situaciones que escapan a tu control y no hay nada que puedas hacer al respecto, verdad?

C: Si, creo que si

T: Si tu mamá y tus tías no deberían meterse en tu vida ¿por qué les dejas que se metan?

C: Porque soy una tonta y nunca puedo defender mi metro cuadrado y toda la vida se han metido...

T: Ya entramos en otra distorsión: soy una tonta es un filtraje, y nunca puedo es sobregeneralizar.

Se le entregó el material y se le pidió que durante la semana trabajara en la identificación y regulación de sus distorsiones.

Creencias intermedias y centrales.

Una vez que el cliente se familiariza con su modelo de pensamiento, es capaz de identificar la forma en que se procesan sus cogniciones y cómo se originan sus conductas disfuncionales.

Algunas de las creencias intermedias que tenía la cliente estaban relacionadas a sentirse inadecuada, insuficiente, no aceptada, no valorada. Ellas generalmente alimentan las creencias centrales y expresan un condicionamiento (Beck, 2005). La cliente decía con alguna frecuencia frases como “si sacaba bajas notas, mi madre se ponía furiosa”, “si no les ayudo, luego se enojan”, “si no le cuento todo en detalle a mi mamá, cree que estoy enojada o le estoy ocultando algo”.

Sus creencias centrales tenían el mismo origen, la sensación de inadecuación y no validación, expresadas en frases como “nunca es suficiente para mi mamá”; “nunca hago nada bien”; “lo único que he hecho bien en mi vida es mi hija, y la eché a perder”. Dice Beck (2005) que las creencias nucleares se originan en el modo en que percibimos e

interpretamos el mundo interior y exterior, y con frecuencia están relacionadas en las necesidades de aceptación y validación social que todos tenemos. Como la cliente creció en un entorno en el que había altas expectativas de desempeño, tiene la percepción de que la aceptación que necesita recibir sólo la puede obtener si es exitosa y no se equivoca, y como es inevitable que así sea, pasa a ser una creencia de “soy insegura”, “tengo baja autoestima”, “soy una tonta”, “todos abusan de mí”.

Una vez que la cliente se hizo consciente de su modelo cognitivo, puso hacerse cargo de sus pensamientos automáticos y después de sus distorsiones cognitivas, y de este modo, monitorear sus emociones y su fisiología, que le llevaba a conductas disfuncionales y que tanto problema y dolor le habían causado. Algunos de los cambios que se notaron en su narrativa en el proceso fueron “voy a defender mi metro cuadrado”, “no les voy a permitir tomar decisiones en mi vida”, “soy valiosa”.

Sico-educación.

Una de las intervenciones muy usadas en TCC es la sico-educación, que promueve el conocimiento cognitivo del cliente sobre asuntos de importancia para su mejoramiento (Beck, 2005). A la cliente se le entregó material para lectura y se le pidió consultar en el internet algunos temas: modelo cognitivo, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, creencias intermedias, creencias centrales; teoría del vínculo; papel de la serotonina en el estado de ánimo; modelos de crianza, tipos de emociones, etc.

Experimentos conductuales.

La TCC usa los experimentos conductuales para promover la experiencia correctiva que beneficie al cliente (Beck, 2005). A la cliente se le pidieron algunos:

T: Imaginar que tienes puesto un traductor de palabras cuando hables con su madre, y trata de escuchar lo que en realidad ella te diría si pudiera hacerlo, por ejemplo: tu madre te dice “¡por qué llegas tan tarde? Tu hija está botada, ¡deberías ser más responsable!; qué tal

si el traductor te dijera “estaba preocupada porque llovía y se te hizo tarde. Qué bueno que llegaste, me hacías falta y a la niña también”.

Otro experimento conductual fue:

T: Cuando hablas conmigo sobre tu madre, tu ceño se frunce y se tensan tus músculos mientras me cuentas; es posible que esto te pase cuando estás con ella, y quiero que te hagas consciente de ellos. Vas a simular que tienes puestas distintas máscaras mientras hablas con tu mamá. Si ves que tu mamá está molestosa y cansona, ponte la máscara de “nada me va a perturbar, yo amanecí feliz y no me vas a echar a perder el día”. Si tu mamá está de buen ánimo y con ganas de hablar, ponte la máscara “qué linda eres mamá, y yo soy más linda todavía, vamos a conversar”. Si tu mamá empieza a decirte que hagas tales y tales cosas para tus tías y primos, ponte la máscara “ya no voy a ser la niña buena de la familia, estoy ocupada y tengo mucho que hacer”. Pero recuerda, todas las máscaras son amables y dicen las cosas de modo que nadie se enoje.

Se le pidió como tarea por dos semanas trabajar con las máscaras en sus diálogos. La cliente reportó que se dio cuenta de varios errores que tenía de asumir los estados emocionales de su madre y que a través de las máscaras amables, pudo sintonizar mejor con ella y que como resultado de eso, la mamá estuvo de mejor ánimo y hubo menos conflicto.

Este fue un experimento fue para reforzar su auto-estima:

T: Vas a escribir en un papel todas las fortalezas que tienes, desde el aspecto físico, tu familia, tus hija, pasando por tu forma de ser, tu profesión, tus conocimientos... las cosas más triviales y las más importantes. A la vez, quiero que pegues frases que te animen cada día en el espejo de tu baño, por ejemplo “¡soy súper valiente!”, “soy inteligente”, “tengo una hija hermosa”, etc.

La cliente relató que ese experimento conductual le recordó que tiene muchas cosas valiosas y que las frases del espejo cada día le levantaban el ánimo. Siguió poniendo frases y aumentando la lista por varias semanas, con el ánimo de su hijita.

Cerca del final de terapia, la cliente reportó algunos pequeños problemas con su hija. Se hizo en terapia un role-play de una madre estilo inseguro: órdenes contradictorias, emociones inconsecuentes, expresiones de amor-odio que confunden, fuente de desconfianza e inseguridad. Luego se trabajó en una reflexión sobre lo que ella misma quería ser para su hija.

Por último, para favorecer un cambio integral en la cliente, se monitorearon algunos de sus hábitos a lo largo de toda la sicoterapia. Se hicieron recomendaciones para fomentar que haga ejercicio, duerma diariamente al menos siete horas, cuide que su dieta sea nutritiva, haga listas de cosas por hacer, practique algún tipo de relajación, comparta tiempo con su hija, tome medidas de seguridad ante un eventual secuestro de su hija por parte del padre, etc.

Cuestionamiento socrático.

Una de las herramientas de la TCC es el cuestionamiento socrático, que consiste en llevar al cliente a responder preguntas que cuestionan las ideas y principios sobre los que se mueven sus cogniciones. Uno de los ejercicios de cuestionamiento socrático fue sobre el parecido de sus novios y ex marido con la madre:

T: Me dices que tus ex novios y tu ex marido se parecían a tu madre, cuéntame más

C: Sí, ahora me doy cuenta de que todos tenían eso en común: se parecían a mi mamá

T: Describe un poco en qué se parecían

C: Todos eran inteligentes pero raros

T: Eso qué significa?

C: Raros, déspotas....creo que se enamoraban de mí porque era dulce, buena, cariñosa, entregada...

T: Ya, ¿o sea que tu mamá también es déspota?

C: Sí, creo que sí...un poco

T: Y si ellos eran déspotas, ¿por qué te gustaban?

C: Por lo inteligentes...y por lo raros...jaja

T: O sea que reconoces que te fijabas en gente rara

C: Sí. Yo estaba consciente de eso

T: Y qué pasaba luego?

C: Se obsesionaban conmigo, pero mal plan

T: ¿Cómo se obsesionaban?

C: Se volvían celosos, demandantes, obsesivos, groseros...

T: ¿Y tú no podías hacer nada para evitar que eso pase?

C: Supongo que podía haber puesto límites

T: Ya...y ¿qué parecido encuentras entre esos novios inteligentes y raros, que luego se volvían celosos y obsesivos, con tu mamá?

C: Creo que mi mamá también es inteligente, por eso es difícil discutir con ella, porque siempre tiene argumentos. Y también es rara, socialmente...como ellos...no le gusta mucho la gente...

T: OK. ¿Y tu mamá también es obsesiva y celosa?

C: Creo que sí, sí es obsesiva, como he sido hija única y vivimos lejos, y está enferma...

T: Claro, hay muchas razones... Pero tú dijiste que a los novios podías haberles puesto límites. Y tal vez las relaciones hubieran sido distintas. ¿Qué parecido encuentras en eso a lo que pasa con tu mamá?

C:eh....(piensa)... ¡Supongo que a mi mamá también podría ponerle límites!

Ese ejercicio sirvió para que ella analice el patrón, y se dé cuenta de que estaba en sus manos que las personas respetaran su espacio, y que sí era capaz de aprender a poner límites, incluso a su madre.

Terapia Focalizada en las Emociones EFT

Contacto con las emociones.

Según Greenberg (2010) las emociones tienen un poder adaptativo innato, informan al sujeto sobre lo que sucede a su alrededor y lo orientan a buscar su bienestar. La falta de conexión con las emociones le priva a la persona de la más sabia fuente de información sobre el mundo (Greenberg, 2011). La cliente tiene dificultad para ponerse en contacto con sus emociones, pues se siente vulnerable al no habersele permitido explorarlas ni expresarlas desde que era niña. Para facilitar que la cliente experimente sus emociones, se le explicó en primera instancia en qué consiste el modelo EFT: conciencia, exploración, expresión, regulación, reflexión, transformación y nuevo significado de las emociones y la importancia de tener experiencias emocionales correctivas con otras personas (Elliot, 2013), y el ciclo EFTC de las emociones de Johnson (Johnson, 2008). También se hicieron distintos ejercicios de terapia, desde el enfoque de marcador y tarea (Elliot, 2013; Greenberg, 2010):

Reacción problemática - evocación.

En una de las sesiones, la cliente relató que la madre la “miró con ese ceño fruncido que me saca de quicio!!” y mostraba mucha incomodidad por el incidente. Se trabajó entonces una tarea de evocación:

T: Vuelve a hacer ese ceño fruncido por favor

C: (volviendo a fruncir el ceño)...es que me mata cada vez que arruga la frente, te juro que le voy a hacer poner bótox, porque me dispara todo ese rato!

- T: Cierra los ojos, por favor. Ponte cómoda y trata de relajarte un momento
- C: (hace lo que se le pide)
- T: Quiero que pienses de nuevo en la discusión que tuvieron y en la frente fruncida de tu mamá... puedes hacerlo? Recuerda dónde estaban, qué hora era, qué estaba haciendo cada una, cómo estaba vestida tu mamá...cuéntame
- C: Era de noche, estábamos en la cama de ella, tenía una pijama celeste y estaba prendida la lámpara del velador. Yo estaba sentada a los pies de la cama y empecé a contarle que...y ella se enojó, me alzó la voz, me dijo que ojalá no salga de nuevo con una de las típicas torcidas mías...y ahí estaba el ceño de la frente, fruncido, que me mata!
- T: Ya. Cómo es el ceño?
- C: Se le marcan las dos arrugas entre las cejas...y se le brotan las venas a los lados
- T: ¿Y qué sientes cuando ves ese ceño?
- C: Me da iras....
- T: ¿Por qué te da iras?
- C: Porque ya sé que me va a hablar y a juzgarme sin escucharme...
- T: Te va a hablar y a juzgarte...y eso se siente mal, supongo...
- C: Si, me da iras y me pone nerviosa...
- T: Recuerdas la primera vez que viste esas arrugas y esa frente fruncida y las venas que se le marcan a los lados? Piensa un ratito...trata de hacer memoria...
- C: mmm....(moviendo su cabeza con los ojos cerrados)... si, creo que era cuando sacaba bajas notas en el colegio y ella se ponía tan brava...y me decía que de gana me pagan el colegio caro...que mejor me va a poner en una escuela fiscal...
- T: Ah! Ahí estaba el ceño de tu mamá, mirándote a los ojos, acusándote, diciéndote...
¿Cómo te sentías cuando eso pasaba?

C: Me latía el corazón y me sudaban las manos...tenía un nudo en el estómago, que me dolía...y tenía miedo de que en verdad me cambie de colegio...

T: Tenías miedo...te sudaban las manos...te latía el corazón...tenías un nudo en el estómago...debió ser difícil para una chiquita todo eso...

C: El ceño que tenía tu madre el otro día, ¿te hace sentir igual que cuando sacabas malas notas en el colegio?

T: Supongo que se parece...es que no me deja hablar, sino que asume todo y no puedo conversar con ella...

El ejercicio se alargó por algunos minutos, y al terminar se le pidió que reflexionara un poco sobre lo que había sentido. Ella sacó la conclusión de que el ceño de la madre era un disparador de sus emociones de miedo de la niñez, y que le hacía sentir vulnerable. Luego conversamos sobre lo que ella podría hacer para que el ceño de su madre no le dispare las emociones, le provoque pensamientos negativos, le altere la fisiología y le ponga a la defensiva. Ella concluyó que podría decirle a su madre que el ceño le traía malos recuerdos y contarle su experiencia, y que también podría pedirle a su mamá que le deje hablar, que no asuma las cosas. La tensión de sus músculos se relajó cuando ella llegó a entender de dónde venía su reacción problemática, y llegó a una resolución cuando pudo darle significado, procesar la emoción asociada y entender que ahora que es una mujer, podría vivirlo de manera diferente.

Conflicto dividido - diálogo de doble silla.

Este fue tal vez uno de los momentos más bonitos de toda la terapia y se dio cuando afloró la culpa de la cliente por el abuso sexual que sufrió su hija por parte de su padre. Para trabajarla, se hizo un ejercicio de doble silla con la hija adolescente sentada en la silla de al frente, que fue muy doloroso para la cliente, pero que finalmente trajo una resolución:

T: Cierra los ojos un momento, trata de no pensar en nada más que lo que estamos viviendo ahora mismo. Quiero que te imagines que tu hija ha crecido, tiene 16 años, es una linda adolescente, y está aquí al frente tuyo, sentada. Dime cómo es, cómo es su pelo, su piel, qué estatura tiene, con que ropa está vestida, qué aretes lleva, qué zapatos tiene puestos... Tómame unos momentos para imaginarte a tu hijita aquí. Descríbela por favor

C: Es súper linda...(empieza a llorar)...tiene el pelo lacio, medio rubio...tiene unos ojos preciosos...(sigue llorando)...está sentada ahí, con un blue jean y una camiseta blanca, y con zapatos azules...

T: Muy bien. Dime más...es alta? Morena? cómo te está mirando?

C: Es alta. No es morena, pero tiene piel bronceada, medio pecosa...me está mirando juguetona (llora todavía)

T: Listo. Abre los ojos. Mira a tu hija, imagínatela ahí sentada. Puedes verla?

C: (secándose las lágrimas)...Si

T: OK. Quiero que comiences a decirle estas cosas que me estabas diciendo a mí sobre lo que sucedió cuando era pequeña...Dile “fue mi culpa” y esas otras cosas...

C: Princesa, cuando eras pequeña tu papá abusó de ti sexualmente...(llora, solloza)...yo no hubiera querido que eso pase jamás, pero yo no tenía idea de que podía pasar...y tengo miedo de que tú me culpes por eso...(llora)

T: Escucha lo que le has dicho “Princesa, cuando eras pequeña tu papá abusó de ti sexualmente... yo no hubiera querido que eso pase jamás, pero yo no tenía idea de que podía pasar...y tengo miedo de que tú me culpes por eso”. ¿Qué crees que tu hija te respondería?

H: Mami, no llores...(y llora más, con hipo)...no fue tu culpa...tú no sabías lo que él me estaba haciendo...tú estabas trabajando...

T: ¿Y qué le dices tú ahora con todas estas cosas que te dice tu hija?

C: (aún llorando)...yo estaba trabajando porque él no conseguía trabajo, y por eso él se quedaba contigo y yo me iba temprano hasta la noche...

H: Yo sé, mami. Yo sé que tú trabajabas mucho y que se supone que él me estaba cuidando. Tú no podías saber lo que él hacía...se supone que los papás cuidan a sus hijas... Tú no podías haber hecho nada para evitarlo...

C: (llora todavía)...Muchas veces, princesa, cuando llegaba en las madrugadas del trabajo, me acostaba en el piso, al lado de tu cunita, y te cogía la mano hasta quedarme dormida, para que me sintieras cerca y para sentir tu manito...

H: Mami, no llores...me siento muy mal de verte llorar así. No te culpes. Tú nada podías hacer para evitarlo...se supone que él tenía que cuidarme y protegerme...tú estabas trayendo el dinero para él y para mí...tú no tienes la culpa de nada...

C: Yo no quiero que crezcas con un trauma, que por lo que te pasó te embaraces temprano, o que los hombres te hagan daño (aún tiene lágrimas, pero se ha calmado un poco)

H: Yo no he crecido con traumas mamita. Tú me has querido y protegido siempre...igual los abuelos...yo he sido feliz a tu lado y estoy bien, no sufras!

Este ejercicio la liberó muchísimo del dolor y la culpa que sentía y le dio un nuevo giro a las futuras sesiones, porque de ahí en adelante se abrió un camino para poder sentir sus propias emociones sin sentirse tan vulnerable, y a la vez, poder interpretar mejor las emociones ajenas.

Empatía.

Asuntos no resueltos - diálogo de silla vacía.

Para trabajar el principal problema que tenía la cliente, sus problemas interpersonales con la madre, se identificó un marcador de asuntos no resueltos, porque

tenía mucho resentimiento guardado, emociones que no había podido expresar, necesidades insatisfechas, etc. Según Elliot et al. (2013), este marcador se debe manejar con una tarea de diálogo de silla vacía; además, el ejercicio se recomienda para promover el perdón por heridas emocionales causadas por figuras importantes, como la madre:

T: Acabas de decir que tus madre cree que nunca has hecho nada bien, y que lo único que hiciste bien, que fue tu hija, la echaste a perder al casarte con ese tipo que la abusó. Quiero que cierres los ojos y sientas esas palabras, y te imagines que tu madre te las dice...(se le pide imaginar lugar, momento, ropa, etc.)

T: Tu mamá acaba de decir...quiero que le respondas algo

C: Mamá...(cierra los ojos y tensa la cara y los hombros)...no puedo...es difícil este ejercicio...

T: Respira. Yo veo que te resulta difícil. Respira un rato. Dile lo que le dirías si pudieras decirle. Ella no está aquí. Sólo estamos tú y yo, así que no puede oírte ahora

C: (abre los ojos)...balbucea...Mamá, no es verdad que no hice nada bien....fui a la universidad, me gradué...

T: Muy bien. Fui a la universidad, me gradué...no es verdad que todo lo hice mal... qué mas?

C: Me molesta que siempre me estás criticando y que nunca, haga lo que haga, parece ser suficiente para ti...

T: Aja... me molesta.... Qué otra cosa le dirías?

C: Me duele que me critiques y que siempre tenga defectos para ti...

T: Mira eso...qué bien se debe sentir!....me duele....qué más?

C: Me lastima que seas con mi hija amorosa, como nunca fuiste conmigo...me encanta que la quieras y la consientas, pero nunca fuiste así conmigo...

T: Mmmm...me lastima...me hubiera gustado que seas así conmigo...

C: Me hiere que me digas que....

El ejercicio siguió por varios minutos. Al final, se le solicitó que pensara en qué le respondería la madre y dijo:

M: ...creo que diría algo como...no sabía que te sentías así, lo siento!...yo nunca he sido muy expresiva, así soy yo...pero no creas que no te quiero, yo te quiero mucho, igual que a tu niña...y no creo que hagas todo mal...has hecho muchas cosas bien...y me has cuidado bien también...

Para terminar, se le pidió hacer una reflexión sobre lo que había experimentado. La cliente relató que nunca había hecho consciencia de necesitar tanto la aceptación de su mamá, y tampoco de que le dolía que su madre fuera cariñosa con su hija como no fue con ella. Y que se pudo poner en la piel de su madre para saber que a ella también le cuesta expresar lo que siente, porque la familia era así.

Auto-estima.

División por un self interrumpido - declaración de doble silla.

Para ayudar a la cliente en la construcción de su auto-estima y su dificultad para decir no e impedir intromisiones en su vida e invasión de sus espacios, se identificó el marcado de división por el self interrumpido, cuya tarea es la declaración de doble silla (Greenberg, 2010). La cliente ha recibido poca aceptación y validación de parte de su madre y además ha crecido en un entorno con expectativas de desempeño muy altas, lo que ha generado que una parte de ella se vuelva muy dura y la otra esté siempre asustada de las críticas que recibe: (se le dieron instrucciones sobre el ejercicio)

T: ¿Cuál de tus dos partes quieres que comience: la crítica o la sumisa?

C: La crítica....Ya es hora de que consigas un trabajo! Tienes que independizarte!

S: Tú sabes que estoy buscando desesperadamente. Todos los días veo en el periódico, pero no encuentro nada todavía

C: Claro! Y mientras tanto, sigues en la casa de tus papás, y ellos te pagan todo, después de los gastos que les ocasionaste con lo del juicio!!!

S: Yo sé que ha habido gastos por eso, y les he dicho que les voy a pagar apenas consiga trabajo, pero no es tan fácil, porque ya no estoy ejerciendo y es como empezar desde cero...

C: Siempre tienes una excusa. Debes ponerte a buscar pronto y dejar de quejarte. Organizarte rápido....

Así siguió por algunos minutos, la crítica dejando casi sin voz a la sumisa, hasta que se le pidió que ésta última argumente algo en su favor:

S: No es justo que todo el tiempo me estés presionando. Ya tengo bastante con todo lo del juicio y si no he conseguido trabajo no es por vaga, sino porque está difícil todavía.

T: Muy bien. No es justo...pero dile más, dale más argumentos, para que se calle

S: Todo el tiempo estás atacándome...ya me tienes cansada...es agotador...eres como mi mamá...Ya estoy harta!

T: Muy bien! Basta! Me tienes cansada! Qué más? Hay algo que pudieras decirle para hacer las paces, pero sin dejar que te aplaste como siempre?

S: Hmm...Necesito que me dejes hacer las cosas en paz. Tengo que poner prioridades. Yo sé que necesito un trabajo y lo estoy buscando. Pero también tengo que hacerme cargo de.....y si me presionas es más difícil.

T: ¿Qué tal si le dices que en vez de criticarte te ayude a encontrar un trabajo?

S: En vez....trabajo.

T: ¿Qué crees que te responde?

C: Podrías llamarle a....y decirle que puedes ir dos veces por semana donde él y que te pague....y también hablar con tu tía para....

Este ejercicio le facilitó a la cliente ver que había una parte muy dura de sí misma criticando y juzgando a la otra, interrumpiendo sus acciones en forma desgastante, para nada constructiva. Y aprendió que puede callar la voz crítica, poner límites a la intromisión que hacía a la otra y lograr un equilibrio, poniendo esas dos partes de sí misma al servicio de su bienestar.

Modelo Racional Empírico.

La cliente mostró los estados emocionales problemáticos que describe el Modelo Racional Empírico de la EFT: pasó de la *angustia global* que tenía al principio del tratamiento, a estados más específicos como el *miedo/vergüenza/culpa* por lo que atravesó su hija diciendo frases como “la eché a perder”, “fue mi culpa que ese infeliz abusara de mi chiquita” a *auto-calmarse*, cuando la hija le dijo en un diálogo de doble silla “no fue tu culpa”, “tú no podías saber lo que estaba pasando”, y luego a la construcción dialéctica “*vamos a superar esto y ambas vamos a estar bien*”.

También pasó de la *ira/rechazo* por la no aceptación de su madre y la intromisión y crítica de su familia materna “nunca es suficiente para ella”, “parece que todo lo que hago está mal”, “todo el mundo se mete en mi vida”, hacia estados de resolución movilizadores de empoderamiento con la *ira asertiva*, como “estoy harta de que se metan en mi vida” “no tienen derecho a juzgarme”, “voy a defender mi metro cuadrado”, o de *dolor/herida* como “me duele que no me valoren”, “necesito el apoyo de mi mamá”, “estoy tan herida que no puedo dar nada”, hacia la construcción dialéctica “*yo merezco que me respeten*”, “soy una buena persona”, “tengo buenos sentimientos y siempre ayudo a la gente”.

Fue muy bonito presenciar este proceso emocional y la transformación de sus auto-valoraciones negativas en auto-valoraciones positivas. Ana logró pasar de un estado de miedo, desconfianza y desvalorización personal hacia un estado de reconocimiento de su valía, sus necesidades y lo que merecía recibir.

Auto-revelaciones.

Algunas veces durante el proceso terapéutico se hicieron auto-revelaciones de la terapeuta que se consideró contribuirían al mejoramiento de la cliente, tanto en el trabajo de auto-estima, cuanto en la solución de problemas interpersonales y en la promoción de empatía y del perdón.

Al final del tratamiento, se hizo un cierre TCC primero y se revisaron los cambios en cuanto a la regulación de sus rumiaciones y en la modificación de sus distorsiones cognitivas, creencias y conductas disfuncionales. La cliente reportó que sus tías le comentaron “tú sí que has cambiado”, y que se sentía “feliz con la relación con mi mami; le entiendo mejor, le cuento las cosas con detalle” y también dijo “siento que puedo tomar distancia de los problemas de los demás”. Además mencionó “el cambio en mí ha influenciado en todos; la situación familiar ha mejorado”.

Luego se hizo un cierre EFT, con un ejercicio de doble silla, en el que la cliente de un lado está en su primera sesión y del otro lado, está en su última sesión. Algunas frases que usó para describir el cambio logrado fueron: “he aprendido a llegar desde abajo”, “estoy tomando mi vida en mis manos”, “ya no juzgo”, “ya no siento tanta culpa”, “me siento más estable, más madura”, “estoy aprendiendo a tomar a cada persona en sus diferentes facetas”, “ahora respetan mi espacio, ya no se meten en mi vida”, “me siento feliz, porque he avanzado mucho en lo emocional”.

Las frases más poderosas que dijo en ese momento y que evidenciaron su cambio fueron: “me siento viva, segura, feliz”, “quiero vivir, hacer mis cosas” y “¡tengo claro que mi mami me ama!”.

ANÁLISIS DE DATOS

El presente trabajo es una aplicación de TCC y EFT en una cliente con problemas familiares. Constituye un acercamiento real a un fenómeno que no puede ser controlado por la terapeuta. El detalle minucioso de todo el proceso terapéutico ilustra el funcionamiento cognitivo y emocional de la cliente, los cambios que fue logrando con la aplicación de los enfoques elegidos, los métodos de ambas corrientes y el resultado final. Los estudios de caso son una metodología utilizada en la investigación en Psicología, y tal vez una de las más útiles, pues permiten que los terapeutas transmitan sus experiencias terapéuticas de un modo organizado y detallado, para que otros puedan entenderlas y discutir las, lo que contribuye al acercamiento entre teoría y práctica de la Psicología Clínica (Montero y León, 2002, citado por Buela-Casal y Sierra, 2002).

Los estudios de caso aportan información cualitativa muy detallada, que las investigaciones o experimentos no pueden ofrecer con sus datos cuantitativos, de modo que otros terapeutas pueden beneficiarse de ella para aprender, evaluar y modificar la aplicación de teorías, metodologías, herramientas y enriquecerse del desarrollo del caso y su resultado (Montero y León, 2002, citado por Buela-Casal y Sierra, 2002). Este estudio de caso es, por tanto, una contribución para que otros terapeutas puedan revisar las teorías en que se sustentó la elección del tratamiento, el modo en que se aplicaron las terapias, la respuesta de la cliente a tratamiento, y los resultados que se obtuvieron.

Para validar lo dicho, el estudio llevado a cabo por Missirlan, Toukmanian, Warwar & Greenberg (2005), reveló que no se debe evaluar el cambio terapéutico de un cliente sobre la base de un solo proceso, ni sobre las medidas de los resultados solamente, ya que muchos factores que influyen el cambio, dependen del momento en que se aplican y del momento en que se evalúan. Por lo tanto, se decidió hacer el análisis de la

eficacia del tratamiento para este caso desde algunas perspectivas: 1) resultados cuantitativos de las pruebas aplicadas, 2) la observación del cambio por parte de la terapeuta, 3) el reporte de la cliente respecto a su proceso, y 4) la evaluación de si se consiguieron o no las metas propuestas.

En la parte cuantitativa, se aplicaron dos pruebas: al inicio y al final de la terapia el SCL-90 Inventario de Síntomas de L.R.Derogatis,(anexo y en la quinta sesión el WAI Working Alliance Inventory versión cliente y versión terapeuta. A continuación publicaciones sobre ambos instrumentos de medición.

Según Watson et al. (2003), el SCL-90 es un cuestionario de auto-reporte de 90 ítems, que mide el estrés psicológico general. Se trata de un instrumento de utilidad muy reconocida en todo el mundo para evaluar un amplio rango de síntomas y psicopatologías en un cuestionario de auto-aplicación del malestar psicológico de la última semana (Sánchez y Ledesma, 2009). Los autores que desarrollaron la prueba, Derogatis et al. (1976, citados en Sánchez y Ledesma, 2009), reportaron una consistencia interna de .77 a .90 y una confiabilidad test-retest de .80 a .90 con siete días de intervalo.

La prueba tiene nueve factores o dimensiones de síntomas: somatizaciones (SOM), obsesiones y compulsiones (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR), y psicoticismo (PSIC) (Sánchez y Ledesma, 2009). Además, permite calcular tres índices generales combinando las respuestas de todos los reactivos: índice de severidad global (ISG), el nivel actual de malestar percibido; el total de síntomas positivos (TSP), o síntomas reconocidos como presentes; y el índice de malestar sintomático positivo (IMSP) que evalúa el estilo de respuesta. Incluye también siete ítems adicionales no incluidos en ninguna escala, como problemas de sueño, trastornos alimenticios, entre otros (Sánchez y Ledesma, 2009).

El SCL-90 tiene buenas propiedades sicométricas, según resultados obtenidos en distintos países, culturas, idiomas y edades, en muestras de poblaciones clínicas y generales (Sánchez y Ledesma, 2009). Además, tiene muchísima evidencia de su validez convergente y validez concurrente y predictiva frente a otros instrumentos de medición (Gempp & Avedaño, 2008, citado en Sánchez y Ledesma, 2009). También ofrece estudios de la fiabilidad de sus escalas (Arrindel, Barelds, Janssen, Buwalda y van der Ende, 2006; Bonicatto, Dew, Soria & Seghezso, 1997; Carrapós, Villar, Ferrer y Viñas, 2007; Carrasco y cols, 2003; Cruz, López, Blas, González y Chávez, 2005; Holi, 2003; Lara, Espinoza, Cárdenas, Fócil y Cabazos, 2005; Schmitz et al., 2003, citados en Sánchez y Ledesma, 2009).

Respecto al instrumento de medición Working Alliance Inventory WAI versión cliente y versión terapeuta, éste fue desarrollado por Horvath & Greenberg en 1986, en base a la formulación teórica de Bordin a partir del constructo de la alianza terapéutica (Corbella, Botella, Gómez, Herrero y Pacheco, 2011). La prueba tiene tres sub-escalas que evalúan los tres componentes de la alianza terapéutica según Bordin: estar de acuerdo en los objetivos, el nivel de concordancia sobre las tareas que se realizan, y, el desarrollo de un vínculo personal.

Cada sub-escala tiene 12 reactivos de respuestas tipo Likert de cinco puntos (Corbella et.al., 2011). Cada sub-escala puede obtener de 12 a 84 puntos, que sumados dan la puntuación total, que podría variar entre 36 y 252 puntos; mientras más alto sea el puntaje, mejor es la relación terapéutica (Corbella et.al., 2011).

El coeficiente de confiabilidad basado en la consistencia interna fue de .93 en la versión cliente y de .87 en la versión terapeuta. Las puntuaciones de la consistencia interna de las sub-escalas fueron .91 para objetivos; .90 para tareas; y .88 para vínculo (Horvath & Greenberg, 1986, citado en Corbella et.al., 2011).

CONCLUSIONES

Resultados obtenidos – eficacia del tratamiento

Primero, en cuanto al enfoque cuantitativo, se aplicó el SCL90 Test de Síntomas de L.R.Derogatis en la segunda sesión, a fin de tener un registro de los síntomas físicos que tenía la cliente al llegar a consulta. Los puntajes detallados se pueden ver en la Tabla 1.

Tabla 1. Resultados del SCL90 inicial

| FEMENINO adultos | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|----|
| T | SOM | OBS | SI | DEP | ANS | HOS | FOB | PAR | PSIC | IGS | TSP | IMSP | T |
| 30 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,05 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,15 | 9,00 | 1,12 | 30 |
| 35 | 0,17 | 0,20 | 0,11 | 0,23 | 0,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,28 | 15,00 | 1,25 | 35 |
| 40 | 0,25 | 0,40 | 0,22 | 0,38 | 0,30 | 0,17 | 0,00 | 0,17 | 0,10 | 0,37 | 21,12 | 1,43 | 40 |
| 45 | 0,42 | 0,70 | 0,44 | 0,62 | 0,60 | 0,33 | 0,00 | 0,33 | 0,20 | 0,52 | 29,00 | 1,59 | 45 |
| 50 | 0,75 | 1,00 | 0,67 | 0,85 | 0,80 | 0,67 | 0,29 | 0,67 | 0,40 | 0,73 | 37,00 | 1,85 | 50 |
| 55 | 1,00 | 1,40 | 1,11 | 1,23 | 1,20 | 1,00 | 0,57 | 1,17 | 0,70 | 1,04 | 47,00 | 2,12 | 55 |
| 60 | 1,49 | 1,80 | 1,44 | 1,77 | 1,60 | 1,50 | 0,86 | 1,67 | 1,00 | 1,36 | 57,00 | 2,41 | 60 |
| 63 | 1,83 | 2,10 | 1,67 | 2,00 | 1,80 | 1,67 | 1,14 | 2,00 | 1,10 | 1,62 | 62,00 | 2,53 | 63 |
| 65 | 2,00 | 2,20 | 1,89 | 2,23 | 2,13 | 1,83 | 1,29 | 2,17 | 1,30 | 1,74 | 66,00 | 2,67 | 65 |
| 70 | 2,36 | 2,90 | 2,60 | 2,80 | 2,50 | 2,56 | 2,00 | 3,00 | 1,97 | 2,18 | 74,00 | 2,99 | 70 |
| 75 | 2,87 | 3,41 | 3,00 | 3,31 | | 3,17 | 2,63 | 3,78 | 2,57 | 2,46 | 77,70 | 3,15 | 75 |
| 80 | 3,00 | 3,50 | 3,00 | 3,69 | 3,10 | 3,33 | 3,14 | 4,00 | 2,70 | 2,54 | 82,00 | 3,27 | 80 |

normal
 alerta
 peligro

Los resultados obtenidos fueron: índices normales en las dimensiones de somatización, obsesiones y compulsiones, depresión, ansiedad, hostilidad y ansiedad fóbica. El índice de sensibilidad interpersonal mostró sentimientos de inadecuación e insuficiencia personal, en especial al compararse con otras personas (autocensura, incomodidad y malestar en las interacciones sociales). El índice de ideación paranoide reveló que la cliente presentaba distorsiones cognitivas típicas del comportamiento

paranoide, concebido como un trastorno del pensamiento (proyección, suspicacia, desconfianza, temor a la pérdida de autonomía, delirios). El índice de psicoticismo, por otro lado, puede tener pensamientos que corresponden a un amplio espectro de síntomas psicóticos, desde una leve alienación interpersonal a la evidencia más certera de la psicosis (sentimientos de soledad, estilo de vida esquizoide, control e inserción del pensamiento, alucinaciones, pensamiento bizarro). El ISG Índice de Severidad Global fue 1,36. Esto revela que la cliente, al llegar a consulta por primera vez, tenía los síntomas en el límite de lo normal, pero con tendencia a ubicarse en la parte patológica. El TSP Total de síntomas positivos fue 57,00 lo cual dice que Ana está muy cerca de la línea en que se exagera la patología, es decir, dice estar peor de lo que realmente está. Finalmente, el IMSP Índice de malestar sintomático positivo fue 2,12 un rango normal, que es tranquilizador (Sánchez y Ledesma, 2009).

En la quinta sesión se tomó el Inventario de Alianza Terapéutica Versión Cliente, con el propósito de monitorear el estado de la relación cliente-terapeuta que se ha establecido en el tratamiento, y de hacer los correctivos que sean necesarios.

Tabla 2. Resultados del WAI

| TAREA | 2 | 4 | 7 | 11 | 13 | 15 | 16 | 18 | 24 | 31 | 33 | 35 |
|-----------|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 30 | 5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 5 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| VÍNCULO | 1 | 5 | 8 | 17 | 19 | 20 | 21 | 23 | 26 | 28 | 29 | 36 |
| 42 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| OBJETIVO | 3 | 6 | 9 | 10 | 12 | 14 | 22 | 25 | 27 | 30 | 32 | 34 |
| 20 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 1 |

suma
 resta

Los resultados arrojaron puntajes de 30 para Tarea, 42 para Vínculo y 20 para Objetivo, que según los autores, están cerca del máximo esperado (Corbella et al., 2011).

Finalmente, en la última sesión se volvió a aplicar el SCL90 Test de Síntomas de L.R.Derogatis, para registrar los síntomas que la cliente presentaba al momento de dar por terminado el proceso terapéutico.

Tabla 3. Resultados del SCL90 final

| FEMENINO adultos | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|----|
| T | SOM | OBS | SI | DEP | ANS | HOS | FOB | PAR | PSIC | IGS | TSP | IMSP | T |
| 30 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,05 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,15 | 9,00 | 1,12 | 30 |
| 35 | 0,17 | 0,20 | 0,11 | 0,23 | 0,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,28 | 15,00 | 1,25 | 35 |
| 40 | 0,25 | 0,40 | 0,22 | 0,38 | 0,30 | 0,17 | 0,00 | 0,17 | 0,10 | 0,37 | 21,12 | 1,43 | 40 |
| 45 | 0,42 | 0,70 | 0,44 | 0,62 | 0,60 | 0,33 | 0,00 | 0,33 | 0,20 | 0,52 | 29,00 | 1,59 | 45 |
| 50 | 0,75 | 1,00 | 0,67 | 0,85 | 0,80 | 0,67 | 0,29 | 0,67 | 0,40 | 0,73 | 37,00 | 1,85 | 50 |
| 55 | 1,00 | 1,40 | 1,11 | 1,23 | 1,20 | 1,00 | 0,57 | 1,17 | 0,70 | 1,04 | 47,00 | 2,12 | 55 |
| 60 | 1,49 | 1,80 | 1,44 | 1,77 | 1,60 | 1,50 | 0,86 | 1,67 | 1,00 | 1,36 | 57,00 | 2,41 | 60 |
| 63 | 1,83 | 2,10 | 1,67 | 2,00 | 1,80 | 1,67 | 1,14 | 2,00 | 1,10 | 1,62 | 62,00 | 2,53 | 63 |
| 65 | 2,00 | 2,20 | 1,89 | 2,23 | 2,13 | 1,83 | 1,29 | 2,17 | 1,30 | 1,74 | 66,00 | 2,67 | 65 |
| 70 | 2,36 | 2,90 | 2,60 | 2,80 | 2,50 | 2,56 | 2,00 | 3,00 | 1,97 | 2,18 | 74,00 | 2,99 | 70 |
| 75 | 2,87 | 3,41 | 3,00 | 3,31 | 3,04 | 3,17 | 2,63 | 3,78 | 2,57 | 2,46 | 77,70 | 3,15 | 75 |
| 80 | 3,00 | 3,50 | 3,00 | 3,69 | 3,10 | 3,33 | 3,14 | 4,00 | 2,70 | 2,54 | 82,00 | 3,27 | 80 |

normal
 alerta
 peligro

Los resultados del último SCL-90 mostraron índices normales en todos los reactivos, con dos niveles encima de la línea de alerta, lo cual evidencia una mejoría significativa de los síntomas que la cliente tenía al comenzar el tratamiento. Si se comparan la Tabla 1 y la Tabla 3, se puede apreciar que los índices marcados en rojo y amarillo pasaron a color verde; los puntajes altos de SI, PAR, PSIC, IGS, TSM bajaron en la prueba final y pasaron a niveles normales, en el rango superior a 50. De este modo, se

puede concluir que el tratamiento sicoterapéutico fue efectivo dentro de los parámetros cuantitativos.

Segundo, respecto al enfoque cualitativo, se evaluó la eficacia del tratamiento desde tres perspectivas:

1. Las observaciones de la terapeuta: la cliente al empezar la terapia se veía alterada, triste, confundida; presentaba pensamientos automáticos en forma de rumiaciones, distorsiones cognitivas, resentimientos y muchas emociones negativas respecto a sí misma, su entorno y el futuro. Al terminar la terapia, la cliente tenía otra cara, caminaba más segura, sonreía y mostraba mucho más seguridad y auto-estima. Sus rumiaciones estaban bastante controladas, igual que sus distorsiones cognitivas; había resuelto casi todos sus resentimientos con su madre y su familia materna y tenía mejores afirmaciones sobre sí misma, los demás y el futuro.
2. El auto-reporte de la cliente: al empezar la terapia dijo que se sentía “juzgada”, “presa”, “aniquilada” y que la situación con su madre era “insostenible”. Tenía muchos síntomas de ansiedad, problemas de sueño y de alimentación, estaba fumando en exceso, se sentía triste, “desolada” y “decepcionada”. Dijo que “tenía problemas con mi mamá, problemas con mi papá, estaba enferma, acababa de pasar el asunto legal, quería morirme”. También dijo “mi familia y mi ex marido me han aniquilado” y “estoy harta de que todos se metan en mi vida y tomen decisiones por mí”. Estaba convencida de que sus padres no la valoraban y pensaba “¡lo único bueno que he hecho en mi vida es mi hija, y la eché a perder!”. Así mismo, reportó sentirse culpable por el abuso que sufrió su hija, incapaz de decir no y poner límites a los demás, tener problemas de auto-estima. Al final de la terapia, en contraste, la cliente reportó que sus tías le comentaron “tú sí que has cambiado”, y que se sentía

“feliz con la relación con mi mami; le entiendo mejor, le cuento las cosas con detalle” y también dijo “siento que puedo tomar distancia de los problemas de los demás”. Además mencionó “el cambio en mí ha influenciado en todos; la situación familiar ha mejorado”. Al cierre del tratamiento expresó “no puedo cambiar el mundo” “me siento más segura y tranquila” y entre las frases más poderosas que evidencian su cambio destacó “¡me siento viva, segura, feliz!” y -tal vez la más bonita de todas, que había resuelto el principal motivo que la movió a buscar sicoterapia- fue “¡tengo claro que mi mami me ama!”.

3. La consecución de las metas a corto plazo: la cliente al inicio del tratamiento se propuso mejorar sus relaciones familiares, sobre todo con su madre; aprender a decir no y poner límites a la intromisión, sin sentirse culpable; dejar de justificarse; y, mejorar su auto-estima, todas ellas se cumplieron, según las observaciones de la terapeuta y también según el reporte de la cliente. La última meta, que fue conseguir trabajo, se había cumplido parcialmente, porque la cliente estaba trabajando en su propia consulta, aumentando el movimiento poco a poco, y además haciendo aportes a una fundación, pero todavía considera que puede mejorar su situación laboral.

En resumen, se puede concluir que también el tratamiento aplicado fue efectivo dentro de los parámetros cualitativos.

Seguimiento

Se realizaron dos sesiones de seguimiento, a los tres meses y a los ocho meses de concluida la terapia. La cliente reportó que ha tenido algunos incidentes aislados con su madre y su familia materna, pero en términos generales dijo que las herramientas aprendidas le “han ayudado a mejorar muchísimo la relación con todos”. Con pequeñas

intervenciones logró engancharse rápidamente en el modelo cognitivo de la TCC y el ciclo EFT de nuevo, y niveló de nuevo su relación, ahora funcional, con su familia.

Al término de la segunda sesión de seguimiento, se le pidió llenar un cuestionario de evaluación del tratamiento, y reportó que tanto las técnicas de EFT como de TCC le beneficiaron en su proceso de cambio, y que se siente “totalmente satisfecha, agradecida y feliz” con los resultados.

Limitaciones y recomendaciones para futuros estudios

Este estudio de caso, igual que todos los de su género, tiene algunas limitaciones: baja confiabilidad de los datos como base de nuevos estudios, por tratarse de una sola persona; dificultad de replicar todos los procedimientos, técnicas y herramientas utilizadas en el proceso; imposibilidad de generalizar a toda la población.

Para futuros estudios, se recomienda que la introducción de los modelos de TCC y EFT se haga en un período de tiempo más espaciado. En el caso de esta cliente en particular eso no representó un problema, porque se trataba de una persona muy comprometida con el proceso de cambio, con mucho anhelo de cambiar su situación de problema y además muy inteligente y de funcionamiento muy cognitivo. Sin embargo, si estas condiciones no se cumplieran en otros clientes, probablemente el proceso terapéutico se vería afectado.

Resumen

Este es un estudio de caso de una persona con problemas familiares, en el que se aplicaron los métodos de la TCC y la EFT, por ser las teorías de las que más podría

beneficiarse la cliente. Se aplicaron 16 sesiones de sicoterapia de 60 minutos cada una y se hizo un seguimiento a los tres y a los ocho meses de concluido el tratamiento.

Los resultados cuantitativos mostraron que la sintomatología patológica de la cliente mejoró sustancialmente con la terapia; así mismo, revelaron que se había establecido una buena alianza terapéutica. Por su parte, los resultados cualitativos mostraron que el tratamiento ofrecido fue efectivo, tanto en los parámetros de observación de la terapeuta, como en los de auto-reporte de la cliente y en los de consecución de las metas a corto plazo propuestas. Se concluye, por tanto, que la aplicación de TCC y EFT, con énfasis en el desarrollo de una buena alianza terapéutica, fue efectivo para la cliente.

REFERENCIAS

- APA American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Baker, T. McFall, R. & Shoham, V. (2008). *Current Status and Future Prospects of Clinical Psychology. Toward a Scientifically Principled Approach to Mental and Behavioral Health Care*. *Psychological in the Public Interest*, Vol. 9, N° 2, pp. 67-103. Sage Publications Inc. on behalf of the Association for Psychological Science. Obtenido el 22 de abril de 2015 de <http://www.jstor.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/stable/pdf/20697320.pdf>
- Beck, J. (2005). *Cognitive Therapy for Challenging Problems What to do when the basics don't work*. Nueva York: The Guilford Press.
- Bradley, B. & Furrow, J. (2007). *Inside Blamer Softening: Maps and Missteps*. *Journal of Systemic Therapies*, Vol. 26, No. 4, pp. 25-43
- Buela-Casal, G. y Siera, J.C. (2002). *Normas para la redacción de casos clínicos*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 2, N° 3, pp.525-532. Obtenido el 20 de abril de 2015 de <http://www.aepc.es/ijchp/especial.php?especial=esp3>
- 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). *Anales de Psicología*, Vol. 27, N° 2, pp. 298-301. Obtenido en mayo 2015 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16720051004>
- Elliott, R., Greenberg, L., Watson, J., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on Humanistic-Experiential Psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed.) (pp. 495-538). New York: Wiley
- Greenberg, L. & Watson, J. (2006). *Emotion-Focused Therapy for Depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L., Warwar, S. & Malcolm, W. (2008). *Differential Effects of Emotion-Focused Therapy and Psychoeducation in Facilitating Forgiveness and Letting Go of Emotional Injuries*. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 55, No. 2, pp. 185-196.
- Greenberg, L. (2010). *Emotional-Focused Therapy: a Clinical Syntesis*. Toronto: York University. Recuperado en mayo 2015 de http://www.emotionfocusedclinic.org/documents/Emotion-FocusedTherapy_AClinicalSynthesis.L.S.Greenberg.Jan2010
- Greenberg, L. (2011). *Emotion-Focused Therapy (Theories of Psychotherapy)*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Hervás, G. y Vásquez, C. (2007). Los efectos de experimentar estados emocionales complejos. *Consejo General de la Psicología de España*. Obtenido en mayo 2015 de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1346
- Hewitt, N. y Gantiva, C.A. (2011). *La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva*. Avances en Psicología Latinoamericana, Bogotá-Colombia, Vol. 27(1), pp. 162-173. Obtenido el 24 de abril de 2015 de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/10/18>
- Hollon, S., Thase, M. & Markowitz, J. (2002). *Treatment and Prevention of Depression*. Psychological Science in the Public Interest, Vol. 3, N° 2, pp. 39-77. Obtenido en abril de 2015 de <http://www.jstor.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/stable/pdf/40062329.pdf?acceptTC=true>
- Holmes, J. (2002). *All you need is Cognitive Behaviour Therapy?* British Medical Journal, Vol. 324, N° 7332, pp. 288-290. Obtenido el 21 de abril de 2015 de <http://www.jstor.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/stable/pdf/25227348.pdf>
- Johnson, S. (2008). *Hold me Tight Seven Conversations for a Lifetime of Love*. New York: Little, Brown and Co. Hachette Book Group.
- Johnson, S., Burgess, M., Beckes, L., Smith, A., Dalgleish et al. (2013). *Soothing the Threatened Brain: Leveraging Contact Comfort with Emotionally Focused Therapy*. PLoS ONE 8(11): e79314. doi:10.1371/journal.pone.0079314
- King, M., Davidson, O., Taylor, F., Haynes, A., Sharp, D. & Turner, R. (2002). *Effectiveness of teaching general practitioners in brief cognitive behavioral therapy to treat patients with depression: randomized control trial*. British Medical Journal Vol. 324, N° 7343, pp. 947-950. Obtenido el 22 de abril de 2015 de <http://www.jstor.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/stable/pdf/25228067.pdf?acceptTC=true>
- Missirlan, T., Toukmanian, S., Warwar, S. & Greenberg, L. (2005). *Emotional Arousal, Client Perceptual Processing, and the Working Alliance in Experiential Psychotherapy for Depression*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 73, No. 5, pp. 861-871.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. & Lyubomirsky, S. (2008). *Rethinking Rumination*. Perspectives of Psychological Science, Vol. 3, N° 5, pp. 400-424. Recuperado el 25 de abril de 2015 de <http://www.jstor.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/stable/pdf/40212262.pdf>
- Paivio, S., Jarry, J., Chaggiorgis, H., Hall, I. & Ralston, M. (2011). *Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma*. Psychotherapy Research, Vol. 20, N° 3, pp. 353-366.
- Pascual-Leone, A. & Greenberg, L. (2007). *Emotional Processing in Experiential Therapy: Why "the Only Way Out Is Through"*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2007, Vol. 75, N° 6, pp. 875-887.

- Pos, A., Greenberg, L., Goldman, R. & Korman, L. (2003). *Emotional Processing During Experiential Treatment of Depression*. Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol. 71, No. 6, pp. 1007–1016.
- Sánchez, R. y Ledesma, R. (2009). *Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, Vol. 17, Nov 2009. Obtenido el 16 de abril de 2015 de <http://search.tb.ask.com/search/GGmain.jhtml?searchfor=interpretaci%C3%B3n+del+SCL90+journal&ts=1430074875766&p2=Y6^xdm006^LAESLA^ec&n=781b171b&ss=sub&st=hp&ptb=98597AE6-306E-4C51-BEEB-8557F6352316&si=CI338sKg88QCFdY9gQodK2oARw&tpr=sbt>
- Stiles, W., Hill, C. & Elliott, R. (2014). *Looking Both Ways*. Psychotherapy Research, DOI: 10.1080/10503307.2014.981681
- Trujillo, E. y Bermúdez, O. (2014). *¿Qué causa un trastorno alimenticio?* NEDA Feeding Hope. Obtenido en mayo 2015 de <https://www.nationaleatingdisorders.org/que-causa-un-trastorno-alimenticio>
- Watson, J., Gordon, L., Stermac, L., Kalogerakos, S. & Steckley, P. (2003). *Comparing the Effectiveness of Process–Experiential With Cognitive–Behavioral Psychotherapy in the Treatment of Depression*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 71, N° 4, pp. 773-781.

ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

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

Sé que puedo retirarme en cualquier momento.

Me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a cancelarlas telefónicamente con por lo menos 48 horas de anticipación.

El/la estudiante que me atiende será directamente supervisado/a por un profesor/a durante todo este proceso.

Acepto que se filme, se grabe o se tome notas de las sesiones terapéuticas y que se converse sobre las mismas con fines académicos únicamente.

Acepto que mi caso sea utilizado académicamente como parte de una tesis de grado.

Sé que se guardará absoluta reserva sobre mi identidad, de manera que cualquier información que se comparta no permitirá mi identificación.

Sé que el/la estudiante que me atiende, romperá la confidencialidad en el caso de que yo revele información que me ponga directamente en riesgo físico a mí o a los que me rodean, o si intento cometer algo contra la ley.

Sé que las consultas son gratuitas.

Si tengo algún inconveniente, sé que puedo acudir a Teresa Borja (2971700 ext 1264, 0999803001), Coordinadora del Departamento de Psicología de la USFQ, o a Esteban Utreras PhD (2971700 ext 1028, 0987484318), profesor a tiempo completo de la USFQ.

Yo, _____ estudiante de último año de Psicología Clínica de la USFQ me comprometo a seguir las normas técnicas de la APA para Psicólogos Clínicos. También me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a cancelarlas telefónicamente con por lo menos 3 horas de anticipación.

Firma de la persona

Firma de/la estudiante

Mail
Teléfono
Celular
Contacto de emergencia
Tlfs contacto emergencia

Mail
Teléfono
Celular

ANEXO B: SCL90 TEST DE SÍNTOMAS L.R. DEROGATIS

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.

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

| Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado | N A D A | M U Y P O C O | P O C O | B A S T A N T E | M U C H O |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------|------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA ÚNICAMENTE | | | | | |
| 12. Dolores en el pecho. | | | | | |
| 13. Miedo a los espacios abiertos o las calles. | | | | | |
| 14. Me siento con muy pocas energías. | | | | | |
| 15. Pienso en quitarme la vida. | | | | | |
| 16. Escucho voces que otras personas no oyen. | | | | | |
| 17. Temblores en mi cuerpo. | | | | | |
| 18. Pierdo la confianza en la mayoría de las personas. | | | | | |
| 19. No tengo ganas de comer. | | | | | |
| 20. 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 destrozar cosas. | | | | | |
| 68. Tengo ideas, pensamientos que los demás no entienden. | | | | | |
| 69. Estoy muy pendiente de lo que los otros puedan pensar de mí. | | | | | |
| 70. Me siento incómodo/a en lugares donde hay mucha gente. | | | | | |
| 71. Siento que todo me cuesta mucho esfuerzo. | | | | | |
| 72. Tengo ataques de mucho miedo o de pánico. | | | | | |
| 73. Me siento mal si estoy comiendo o bebiendo en público. | | | | | |
| 74. Me meto muy seguido en discusiones. | | | | | |
| 75. Me pongo nervioso/a cuando estoy solo/a. | | | | | |
| 76. Siento que los demás no me valoran como merezco. | | | | | |
| 77. Me siento solo/a aún estando con gente. | | | | | |
| 78. Estoy inquieto/a; No puedo estar sentado/a sin moverme. | | | | | |
| 79. Me siento un/a inútil. | | | | | |
| 80. Siento que algo malo me va a pasar. | | | | | |
| 81. Grito o tiro cosas. | | | | | |
| 82. Tengo miedo a desmayarme en medio de la gente. | | | | | |
| 83. Siento que se aprovechan de mí si lo permito | | | | | |
| 84. Pienso cosas sobre el sexo que me molestan. | | | | | |
| 85. Siento que debo ser castigado/a por mis pecados. | | | | | |
| 86. Tengo imágenes y pensamientos que me dan miedo. | | | | | |
| 87. Siento que algo anda mal en mi cuerpo. | | | | | |
| 88. Me siento alejado/a de las demás personas. | | | | | |
| 89. Me siento culpable. | | | | | |
| 90. Pienso que en mi cabeza hay algo que no funciona bien. | | | | | |

ANEXO C: WAI WORKING ALLIANCE INVENTORY

W A I – Inventario de Alianza Terapéutica CLIENTE

Instrucciones

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

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

Por favor recuerde responder a todos los ítems

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

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

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

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

Gracias por su cooperación.

ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR SU SICÓLOGO

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

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

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

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

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

Working Alliance Scoring

Componentes:

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

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

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

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

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

ANEXO D: DISTORSIONES COGNITIVAS

1. **FILTRAJE O ABSTRACCIÓN SELECTIVA:** consiste en seleccionar en forma de “visión de túnel” un solo aspecto de una situación, que tiñe toda la interpretación, sin percatarse de otros aspectos que la contradicen. Ej: una persona se encuentra con un amigo y hablan de muchos temas agradables, sin embargo discuten de política, y al marcharse a casa se siente irritada, pensando en las críticas de aquel hacia sus ideas políticas, olvidando los otros temas agradables compartidos. Se filtra lo negativo y lo positivo se olvida. Palabras claves para detectar esta distorsión cognitiva son: “no puedo soportar esto”, “no aguanto que...”, “es horrible”, “es insoportable”, etc.
2. **PENSAMIENTO POLARIZADO:** valorar los acontecimientos en forma extrema, sin tener en cuenta los aspectos intermedios. Las cosas se ven como buenas o malas, blancas o negras, olvidando grados intermedios. Ej: un chico que recibe un “no” al invitar a una chica a salir piensa “solamente me pasan cosas malas”; otra persona que no encuentra trabajo piensa “soy un inútil e incompetente”. Palabras clave: “fracasado”, “cobarde”, “inútil”, etc.
3. **SOBREGENERALIZACIÓN:** sacar una conclusión general de un solo hecho particular, sin base suficiente. Ej: alguien que busca trabajo y no lo encuentra aun, concluye “nunca conseguiré un empleo”; otra persona se siente triste y piensa “siempre estaré así”. Palabras clave: “todo”, “nada”, “todos”, “nadie”, “siempre”, “nunca”, “ninguno”, etc.
4. **INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO:** tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás. A veces, esas interpretaciones se basan en un mecanismo llamado proyectivo, que consiste en asignar a los demás los propios sentimientos y motivaciones, como si los demás fueran similares a uno. Ej: una persona nota que la miran unos extraños y piensa “sé que piensan mal de mí”; alguien está esperando a su pareja en una cita y sin mediar prueba alguna concluye “sé que me está mintiendo y engañando”. Palabras clave: “eso es porque...”, “eso se debe a...”, “sé que es porque...”, “seguramente lo que pasa es que...”, etc.
5. **VISIÓN CATASTRÓFICA:** adelantar acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales; ponerse en el peor escenario sin prueba alguna. Ej: una persona mira la estadística de accidentes de tráfico en la televisión y se le pasa por la cabeza “de ley me va a pasar a mí”; otra oye la noticia de que alguien perdió su casa y piensa “y si me ocurre igual a mí?”. Palabras clave: “y si me pasa lo mismo?”, “yo sé que eso (terrible) me va a pasar”, etc.
6. **PERSONALIZACIÓN:** hábito de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo. Otra forma de personalización consiste en compararse frecuentemente con otras personas. Ej: el jefe dice a todos que hay que mejorar la calidad del trabajo y el empleado piensa “seguro lo está diciendo por mí”; una mujer que oye a su marido quejarse del aburrido fin de

- semana piensa “seguro es porque considera que soy una aburrida”. Palabras clave: “está diciendo eso por mí”; “seguro se refiere a mí”; “soy/hago tal cosa peor (o mejor) que...”, etc.
7. **FALACIA DE CONTROL:** la persona se ve a sí misma en extremo control/descontrol sobre los acontecimientos de su vida. O bien se considera muy competente y responsable de todo lo que pasa a su alrededor, o en el otro extremo, se ve impotente y sin ningún control sobre nada. Ej: “si (tal o cual persona) cambiara de actitud, yo sería feliz”; “yo soy el responsable de que todos sufran”. Palabras clave: “no puedo hacer nada por...”, “si los otros cambian, yo sería/podría...”, “yo soy el responsable de todo”, etc.
 8. **FALACIA DE JUSTICIA:** costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos. Ej: una persona suspende un examen y sin evidencia piensa “es injusto que me hayan suspendido”; otra piensa sobre su pareja “si de verdad me quisiera no me diría eso”. Palabras clave: “no hay derecho”, “es injusto”, “si de verdad (tal cosa), entonces (tal otra)”, etc.
 9. **RAZONAMIENTO EMOCIONAL:** creer que lo que la persona siente es necesariamente cierto. Las emociones sentidas se toman como un algo definitivo y no como derivadas de una interpretación personal de los hechos. Ej: si se siente irritado es porque alguien le hizo alterar; si se siente ansioso es porque hay un peligro real. Palabras clave: “si me siento así es porque soy/los demás son...”; si siento esto es porque ha ocurrido/va a ocurrir...”, etc.
 10. **FALACIA DE CAMBIO:** creer que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás. La persona suele creer que para cubrir sus necesidades son los otros quienes deben cambiar su conducta, pues cree que todo depende de los demás. Ej: un hombre piensa “mi relación sólo mejorará cuando mi esposa cambie”, un niño con malas notas piensa “mis calificaciones van a mejorar cuando cambie el profesor”, etc.
 11. **ETIQUETAS GLOBALES:** poner un nombre general o etiqueta globalizadora a uno mismo o a los demás, casi siempre bajo el verbo “ser”. Englobar con una etiqueta hechos distintos y particulares de modo inadecuado. Cuando etiquetamos globalizamos de manera general todos los aspectos de una persona o acontecimiento bajo el prisma de “ser”, reduciéndolo a un solo elemento; esto produce una visión inflexible y estereotipada del mundo y de las personas. Ej: alguien piensa “los negros son ladrones” olvidando la cantidad de negros que han sido excelentes personas y un aporte a la sociedad; un paciente piensa de manera idealizada de su terapeuta “es una persona estupenda”; un hombre que tiene dificultades para hablar con las mujeres piensa “soy tímido”. Palabras clave: “soy un...”; “es un...”; “son unos...”, etc.
 12. **CULPABILIDAD:** atribuir la responsabilidad de los acontecimientos a uno mismo o a otros, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen a los resultados. Una característica de la culpa es que no lleva a la persona a cambiar de conducta, sino sólo a darle vuelta a los malos actos. Ej:

una mamá que cada vez que sus hijos alborotan o gritan dice “es mi culpa, por no saber educarlos”; un hombre que engorda piensa “es culpa de mi esposa que me da alimentos muy grasos”, sin recordar que come chocolates y dulces a diario. Palabras clave: “mi culpa”, “su culpa”, “culpa de...”, etc.

13. **DEBERIA/S:** hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre cómo tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas o normas se considera intolerable o insoportable y conlleva alteración emocional extrema. Algunos psicólogos han considerado que esta distorsión cognitiva es la base de la mayoría de trastornos emocionales. Albert Ellis, uno de los terapeutas cognitivos más eminentes, ha llamado a este hábito “creencias irracionales” y las contrapone a las “creencias racionales”, caracterizadas por lo que la persona desea o prefiere respecto a sus objetivos y metas. Afirma que los deberías generan emociones extremas y trastornos, y además nos alejan de conseguir nuestros objetivos al marcarnos un solo camino rígido; también dice que los deseos personales derivados de las creencias racionales pueden producir malestar cuando no se consiguen, pero no de manera extrema como las exigencias de los deberías. Ej: un médico se irrita a menudo con los pacientes que no siguen sus prescripciones y piensa “deberían hacerme caso”, sin revisar sus actuaciones ni explorar los factores que interfieren en el seguimiento de sus indicaciones; un hombre está preocupado constantemente por los errores que puede cometer en su trabajo y piensa “debería ser competente y buen profesional, no debería cometer errores”. Palabras clave: “debería...”; “no debería...”; “tengo que...”; “no tengo que...”; “tienen que...”; “los demás deberían...”, etc.
14. **TENER RAZÓN:** tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto y cierto. No importan los argumentos del otro, simplemente se ignoran y no se escuchan. Ej: una pareja discute con frecuencia sobre la forma de educar a sus hijos y cada uno se dice “yo tengo la razón, el otro está equivocado”, sin analizar la situación objetivamente ni llegar a ningún acuerdo, enfrascada en una lucha de poder para sobresalir con su razón particular; un padre no permite que el hijo salga a ninguna parte y dice “tengo la razón, porque hoy el mundo es peligroso”, sin llegar a un punto medio y analizar que el hijo se está aislando y no tiene amigos. Palabras clave: “yo tengo razón”; “sé que estoy en lo cierto”; “los demás están equivocados”, etc.
15. **FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA:** tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará “mágicamente” en el futuro, o que uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual. El efecto suele ser la acumulación de un malestar innecesario, de resentimiento y no buscar soluciones que arreglarían la situación. Ej: una mujer tolera que su marido llegue borracho y grite diciendo “si aguando todo esto, algún día él se dará cuenta de todo lo que hago por él”, sin embargo va

acumulando ira y responde de manera indirecta negándose a tener relaciones sexuales por estar cansada y con dolor de cabeza; una adolescente que ha tenido varios novios maltratadores piensa “Dios algún día me va a mandar un hombre bueno”. Palabras clave: “algún día tendré mi recompensa”; “las cosas mejorarán en el futuro”, etc.

ANEXO E: EVALUACIÓN FINAL

CUESTIONARIO DE EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA

Paciente

Edad

Fecha

1. Considera usted que la sicoterapia que recibió fue efectiva?
Muy efectiva
2. En una escala de 1=nada y 5=completamente, cuánto le ayudó la sicoterapia?
5
3. Cuáles considera que fueron las principales dificultades que la sicoterapia le ayudó a superar?
Me ayudo a superar la inseguridad, la impaciencia, la impulsividad y a controlar mis sentimientos y sobre todo a poder entender e interactuar mejor con las personas que amo y que me aman y conviven conmigo.
4. Cuáles fueron los principales logros que la sicoterapia le ayudó a alcanzar?
Seguridad, paciencia, confianza en mi misma.
5. De las siguientes herramientas que trabajamos en terapia, califique en una escala de 1= nada a 5= completamente, lo que cada una le aportó en su mejoría:

| | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|
| a. Identificación de esquema mental | 5 | |
| b. Registro de pensamientos automáticos | | 5 |
| c. Consciencia de distorsiones cognitivas | | 5 |
| d. Experimentos conductuales | 5 | |
| e. Caminatas | 3 | |
| f. Juegos con la hija | 5 | |
| g. Manualidades con la hija | 5 | |
| h. Baile | 4 | |
| i. Ejercicio | 4 | |
| j. Dieta | no topamos mucho este tema | 3 |
| k. Meditación (yoga, tai-chi, etc.) | no lo hago | 1 |
| l. Paseos o salidas con familiares y amigos | 5 | |
| m. Identificación del Ciclo de las Emociones | 5 | |
| n. Reconocimiento de emociones primarias y secundarias | | 5 |
| o. Silla vacía | 5 | |
| p. Doble silla | 5 | |
6. Entre las herramientas de Terapia Cognitiva Conductual TCC (a-d) y de Emotion Focused Therapy EFT (m-p), cuáles considera que aportó más a su mejoría? Por qué?
Creo que ambas aportaron en su momento y en la situación requerida. Necesitaba aprender de las dos.

7. Ahora, que han pasado varios meses desde que concluyó su terapia, cuáles de los problemas que tenía siguen vigentes?

La impaciencia pero en grado mucho menor. El resto creo que la terapia me ayudo muchísimo en el control del miedo, de la inseguridad hacia el mundo pero en especial hacia mi misma.

8. De qué forma tener un trastorno alimenticio influyó o influye en sus problemas?

A pesar de que casi no lo tratamos, creo que al mejor mi estado general está un poco menos grave, pero ya lo trataremos en una segunda fase.

9. Qué le faltó a su terapia? – Cómo podría mejorarse?

A mi me encantó la terapia y me ayudo en lo que necesitaba y me sigue ayudando ya que cada vez que regresa algún sentimiento o pensamiento recuerdo las herramientas que me enseñaste y trato de aplicarlas.

10. Cómo influyó en los resultados de su tratamiento el vínculo con su terapeuta?

Mi terapeuta fue en todo momento muy profesional y mantuvo su distancia profesional. Salomé siempre se mostro muy interesada y preocupada por mí, ha estado dispuesta y me ha ayudado cada vez que lo he necesitado. Me siento muy identificada con ella y creo que hemos tenido empatía desde el principio me ha dado confianza absoluta. Creo que fue una bendición que la encontré y le estoy agradecida desde lo más profundo de mi corazón. Para mí me salvó la vida y me ayudó a encontrar el camino correcto a seguir.