

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Terapia Focalizada en la Emoción para Trabajar Duelo en  
Adolescentes

Proyecto de Investigación.

Daniela del Rocío Álvarez Loján

Licenciatura en Psicología

Trabajo de titulación presentado como requisito  
para la obtención del título de  
Licenciada en Psicología

Quito, 02 de diciembre de 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ  
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Terapia Focalizada en la Emoción para Trabajar Duelo en  
Adolescentes

Daniela del Rocío Álvarez Loján

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Micaela Jiménez Borja. Ph.D.

Firma del profesor

---

Quito, 02 de diciembre de 2018

## Derechos de Autor

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

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

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

Nombres y apellidos: Daniela del Rocío Álvarez Loján

Código: 00123780

Cédula de Identidad: 1105932386

Lugar y fecha: Quito, 02 diciembre de 2018

## RESUMEN

La adolescencia es una etapa llena de cambios físico, psicológicos y sociales, lo que con lleva a inestabilidad emocional, típica de la edad que va desde los 10 hasta los 24 años aproximadamente. Durante esta etapa el individuo busca independencia de sus padres, y mayor aceptación de sus pares. A pesar de esto, en el momento en el que sufre una pérdida, en especial si es de sus padres, el individuo empieza a manifestar conductas no adaptativas manejadas por sus emociones sin control. Por este motivo, la Terapia Focalizada en la Emoción, que trabaja como eje central la manifestación de la emoción para cambiar conductas no adaptativas en funcionales, busca que el adolescente aprenda a manejar sus emociones y a expresarlas de una manera que permita un comportamiento adaptativo.

*Palabras clave:* duelo, emoción, adolescente, conducta adaptativa, terapia focalizada en la emoción, emociones primarias, no adaptativo, funcional.

## ABSTRACT

Adolescence is a stage full of physical, psychological and social changes, with an emotional instability, typical of the age ranging from 10 to 24 years approximately. During this stage, the individual seeks the independence of their parents and the greater acceptance of their peers. In spite of this, at the moment in which he suffers a loss, especially in his parents, the individual begins to manifest maladaptive behaviors driven by his uncontrolled emotions. For this reason, the Focused Therapy in Emotion, which works as a central axis, the manifestation of emotion to change non-adaptive behaviors in the functions, the search for adolescence, the handling of emotions and responses in a way that allow adaptive behavior.

*Key words:* bereavement, grief, emotion, adolescent, adaptive behavior, emotion-focused therapy, primary emotions, non-adaptive, functional.

## Tabla de contenido

|   |    |
|---|----|
| <b>Introducción</b> .....                                   | 7  |
| Antecedentes .....  | 7  |
| Problema .....  | 9  |
| Marco Conceptual .....                                      | 10 |
| Propósito del Estudio .....                                 | 11 |
| Pregunta de Investigación .....                             | 11 |
| El significado del Estudio .....                            | 11 |
| Organización del Estudio.....                               | 12 |
| <b>Revisión de la Literatura</b> .....                      | 13 |
| Fuentes .....   | 13 |
| Formato de la Revisión.....                                 | 13 |
| Terapia Focalizada en la Emoción .....                      | 13 |
| Adolescente.....  | 24 |
| Duelo .....   | 31 |
| <b>Metodología y Diseño de la Investigación</b> .....       | 38 |
| Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada ..... | 38 |
| Participantes.....  | 38 |
| Herramientas de Investigación Utilizadas .....              | 39 |
| Procedimiento de recolección y análisis de datos .....      | 40 |
| Consideraciones Éticas .....                                | 42 |
| <b>Resultados Esperados</b> .....                           | 43 |
| <b>Discusión</b> .....                                      | 46 |
| Conclusiones.....   | 50 |
| Limitaciones del Estudio.....                               | 51 |
| Recomendaciones para Futuros Estudios .....                 | 52 |
| <b>Referencias</b> .....                                    | 53 |
| ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes .....    | 60 |
| ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado.....        | 61 |

## INTRODUCCIÓN

### Antecedentes

El ser humano presenta distintas etapas de desarrollo, dentro de ellas se encuentra: prenatal que va de la concepción al nacimiento; la infancia, del nacimiento a los tres años; niñez temprana. De los tres a los seis años; niñez media, de los seis a los once años; la adolescencia, alrededor de los 11 hasta los 20 años; adultez temprana, de los 20 a los 40 años; adultez media, de los 40 a los 65 años; adultez tardía, de los 65 años en adelante (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

La etapa de desarrollo en la que se enfoca el presente trabajo es la adolescencia. Esta es una etapa de transición en el desarrollo del individuo que muestra cambios físicos como la aparición del vello púbico, vello en las axilas, aumento en el tamaño de los testículos en los hombres y los senos en las niñas, cambios en la voz. Los cambios cognitivos, como el procesamiento de información van en aumento y tienen mayor capacidad de razonamiento abstracto y de elaborar juicios morales. Dentro de la parte psicosocial, el adolescente, se encuentra en la búsqueda de su identidad, se desarrolla también su autonomía, autoestima e intimidad (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

Uno de los factores que influye en un desarrollo positivo son las relaciones de apoyo, ya sean con los padres, en la escuela o en la comunidad (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012). En la adolescencia empiezan una crisis madurativa, y durante este periodo de desarrollo la persona atraviesa distintas pérdidas y separaciones que posibilitarán la adquisición de su propia identidad, siempre y cuando estos procesos de duelo se elaboren adecuadamente (Iglesias, Rosas, & Pimentel, 2007). Cuando ocurre la pérdida de alguien significativo, el adolescente empieza a presentar sentimientos de culpa. Así mismo aparecen los problemas por no poder cumplir con las expectativas

familiares. Por lo general tiende a “congelar” este proceso de desarrollo y este duelo aplazado se convierte en rabia, miedo, impotencia en el adolescente, empezando a mostrar síntomas como insomnio, fracaso escolar, baja autoestima entre otros (López, 2015). De esta manera se puede convertir en duelo complicado, que es cuando el duelo empieza a interferir con el funcionamiento general de la persona (Barreto, De la Torre, & Pérez-Marín, 2012).

Las emociones nos indican qué es importante en una situación y se convierten en una guía para saber que necesitamos o queremos y actuar de una manera apropiada (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2013). Después de un evento traumático hay dos tipos de emociones, la primera que son sentimientos que aparecen de forma natural y son universales como miedo, ira, felicidad. Estas emociones son naturales y se sabe que no son eternas sino que tienen tiempo de duración; por otro lado las segundas son emociones secundarias que aparecen no necesariamente en respuesta a un evento sino en cómo interpretas el evento (Amstadter & Vernon, 2008).

La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) busca entender a la emoción como punto central en el funcionamiento del ser humano, manteniendo la idea de las emociones como un potencial adaptativo innato. TFE busca que la persona pueda manejar sus estados emocionales problemáticos o experiencias no deseadas que se han ido presentado (Greenberg, 2010). No basta con aprender acerca de la emoción también se debe brindar a la persona en terapia ese lugar donde pueda experimentar las emociones de una manera segura y descubrir por sí mismos el valor de una mayor conciencia y una gestión más flexible de las emociones (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2013).



## Problema

Existen estudios que demuestran la aplicación de TFE para tratar distintas problemáticas en parejas como por ejemplo, parejas que han sufrido abuso cuando eran niños (MacIntosh & Johnson, 2008). Así mismo ha sido aplicada en personas del ejército que presentan problemas para relacionarse y además sufren de estrés post-traumático (Blow, Fraser, Wittenborn, & Gorman, 2015), también ha sido enfocada hacia el tratamiento de ansiedad generalizada (Timulak & McElvaney, 2016), ansiedad social (Elliott, Rodgers, & MacLeod, 2012) , terapia de pareja (Goldman & Greenberg, 2015), problemas de la conducta alimenticia (Robinson, Dolhanty, & Greenberg, 2013). Se ha utilizado y comprobado su efectividad en parejas que tienen problemas maritales y que no pueden tener hijos (Najafi, Akbar, Ahmadi, Javidi, & Hoseini, 2015).

En los adolescentes, en un estudio de caso que se utilizó TFE como tratamiento para trabajar con trastorno de la conducta alimentaria como anorexia nerviosa. Donde el individuo a través del manejo de tolerancia de sus emociones, trabajó en apego inseguro, la paciente mostró mejoría entre su peso inicial y el peso después de 18 meses (Dolhanty & Greenberg, 2009). Así mismo ha sido utilizada para tratar desórdenes de ansiedad como un pre-tratamiento ya que ayudar a regular la emoción tiene un gran apoyo empírico (Bloch & Guillory, 2011).

Se evidencia que hay muy poco o casi nada de datos sobre la Terapia Focalizada en la Emoción para trabajar procesos de duelo en adolescentes, sin embargo algunos estudios demuestran que esta terapia ha sido útil para tratar problemas de la conducta alimenticia adolescente, también tiene aplicabilidad en terapia de pareja (Dolhanty & Greenberg, 2009)

## **Marco Conceptual**

Según la Organización Mundial de la Salud (2018) define a la adolescencia como el periodo entre los 10 y 24 años de edad en el que la persona crece y se desarrolla (Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne, & Patton, 2018). Esta etapa se ha convertido en un periodo donde el individuo se va preparando para ser adulto y donde va experimentando varios cambios de vital importancia como madurez física y sexual, independencia social y económica, el desarrollo de la identidad y la capacidad de razonamiento abstracto, entre otras. Al principio de la adolescencia, es común que el individuo dependa de su familia, de su comunidad, en sí, de su entorno, para poder adquirir competencias para hacer frente a la vida y además para poder hacer una transición sin problemas entre la niñez y la adultez. La familia tiene la mayor responsabilidad de promover el desarrollo y adaptación del adolescente (Organización Mundial de la Salud, 2018). Es por este motivo que la pérdida de uno de los cuidadores principales puede afectar directamente en el desarrollo del adolescente, sin embargo no solo existen pérdidas de los cuidadores primarios sino también de mascotas, amores, cambio de escuela y esto se convierte en un duelo es decir es una respuesta normal y natural frente a la pérdida de algo/alguien que es importante en tu vida (Iglesias, Rosas, & Pimentel, 2007). Estas pérdidas generan cambios de tipo emocional. En este punto aparece la TFE que ayuda a establecer y recrear vínculos de apoyo entre las personas, a manejar y enfocarse en la expresión de emociones y a comprender relaciones familiares, de pareja, y cómo estas impactan la relación interpersonal (Johnson, 2018).

**Propósito del Estudio.**

Con el presente trabajo de investigación se busca investigar y describir como la TFE podría ser útil para que el adolescente enfrente la vida después de sufrir el fallecimiento de un ser querido aprendiendo a regular sus emociones por medio de la expresión, elaboración y la creación de significado.

**Pregunta(s) de Investigación**

- ¿Cómo y hasta qué punto la Terapia Focalizada en la Emoción ayuda en el proceso de duelo en los adolescentes?
- Desarrollar un modelo de Terapia Focalizada en la Emoción para ayudar a procesar el duelo en adolescentes.

**Procedimiento:**

1. Investigación teórica de la literatura.
2. Reclutar a los participantes. Para esto se solicitará a un colegio de la ciudad de Quito el permiso respectivo para poder conversar con los estudiantes y buscar voluntarios para realizar la investigación. La selección de las personas se basará primero en el rango de edad (deben encontrarse en la adolescencia); conocer su motivación para participar en la investigación y obtener el permiso de sus custodios (al ser menores de edad).
3. Se procede a la aplicación de la terapia en nuestros participantes.
4. Análisis de resultados y se observará si se cumple o no la hipótesis.

**Significado del Estudio:**

Atravesar un proceso de duelo es muy complicado, sobre todo para un adolescente que se encuentra en plena búsqueda de identidad. La presente investigación

tiene como objetivo poder brindar una nueva alternativa de tratamiento en relación a los procesos de duelo que viven los adolescentes, ayudarles a entender sus emociones y la importancia que tiene saber expresar las mismas. Por el momento, no existe evidencia que aplique esta terapia para el proceso de duelo en adolescentes en el Ecuador, por ende sería el primer estudio realizado en este tema y para este problema.

### **Organización del Estudio:**

La investigación constará con historia sobre el desarrollo en la adolescencia, la búsqueda de identidad y la importancia de formar vínculos y el rol de la familia dentro de esta etapa de desarrollo. Como segunda parte, se tratará sobre el duelo, ¿qué es duelo?, tipos de duelo existentes, distintos tratamientos para trabajar en duelo. Como tercer punto, será la explicación sobre la TFE y los distintos problemas en los que se aplica contando también su efectividad en cada uno. Luego estará la metodología, justificación y diseño de este trabajo investigativo, seguido por los resultados y la discusión sobre los mismos. Por último se entablarán las conclusiones y recomendaciones para futuros proyectos.

## **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **Fuentes**

El presente trabajo de investigación utilizó información para revisar la literatura que son encontrados en artículos académicos, trabajos de investigación, libros acerca de temas como Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), sobre la adolescencia y sobre procesos de duelo. Así mismo, se utilizaron recursos electrónicos y físicos de la biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito. De la misma manera se hizo uso de la plataforma Google Scholar, para investigaciones con las palabras claves como emociones, duelo, adolescentes, terapia focalizada en la emoción.

### **Formato de la Revisión de la Literatura**

La literatura revisada tendrá un diseño de revisión por temas, comenzando con Terapia Focalizada en la Emoción, continuando con información acerca del adolescente y culminando con literatura acerca de duelo.

### **Terapia Focalizada en la Emoción**

La TFE utiliza como base la idea de las emociones son la clave de quienes somos. La habilidad de tener acceso, usar, mantener, procesar y regular emociones es base de la inteligencia emocional (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004). La teoría habla sobre nuestra propia construcción en base a la emoción (Greenberg, 2004). Es un tratamiento experiencial con aval empírico (Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004), por ejemplo en ansiedad generalizada (Timulak & McElvaney, 2016), ansiedad social (Elliott, Rodgers, & MacLeod, 2012), terapia de pareja (Goldman & Greenberg, 2015). La TFE que originalmente tomó el nombre de Terapia de Proceso Experiencial reflejando sus principios en un enfoque humanista experiencial (Greenberg, Rice & Elliott, 1993). Tomando en cuenta esto, entender el papel que juega la emoción en el

individuo nos hace ver a la misma como parte central de la experiencia del *self*, en el funcionamiento adaptativo o no adaptativo de la persona (Greenberg, 2002)

La TFE hace énfasis en que las emociones tienen el potencial adaptativo de manera innata y cuando se activan ayudan al paciente a cambiar estados emocionales que producen problemas (Leahy, 2002).

Los esquemas emocionales, los cuales se encargan de dar un rol a la emoción en el procesamiento emocional, proponiendo que emociones como tristeza, soledad, enojo, son universales, sin embargo dependen de la conceptualización de cada individuo para que se vuelvan emociones no adaptativas (Leahy, 2002).

Los esquemas emocionales se dividen en cinco elementos: a) experiencias situacionales perceptivas, incluyen los recuerdos de afecto y la evaluación que se hace inmediatamente a la situación; b) sensaciones y expresiones corporales, como cuando empiezas a tener la sensación de hormigas en el estómago y viene acompañado de labios temblorosos; c) representaciones simbólico – verbal haciendo referencia a las frases de valores y auto-etiquetas; d) elementos motivacionales – conductuales, hace referencia a las necesidades y acciones; experiencia emocional consciente, por ejemplo un dolor familiar antiguo de sentirse abandonado y sin amor (Elliott & Greenberg, 2016)

Los esquemas se convierten en la fuente primaria de experiencias, lo que nos va a permitir actuar de forma rápida y automática ante una circunstancia. Además llegan a tener una base de respuesta emocional intrínseca. Las personas todo el tiempo se encuentran transformando, interpretando e infiriendo significados que parten del input sensorial. Dichas sensaciones se juntan a otras formando un esquema de mayor significado (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).

Por lo tanto, emoción y esquema emocional se diferencian ya que el cuerpo de una persona experimenta cambios en relación a una situación evocadora, mientras que en el esquema emocional existe un componente crucial que es la experiencia no verbal y afectiva, sin embargo, estos no tienen acceso a la conciencia pero su entendimiento se da por medio de la experiencia producida (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).

Nuestras experiencias son una construcción consciente de lo que sentimos. Debido a esto, en este proceso se requiere de la atención focal para el procesamiento de información emocional automática. De esta manera se podrá tomar en cuenta a los sentimientos actuales que podemos sentirlos en nuestros cuerpos, imágenes del pasado experiencias que hemos evitado para no sentir dolor, culpa, soledad. Esto constituye el punto central de la TFE, tomando en cuenta como eje central a la narrativa (Greenberg & Watson 2006).

Una emoción se convierte en adaptativa cuando prepara al ser humano para que puede ejercer una conducta según las condiciones del ambiente en el que se encuentra. Cada emoción tiene una función, por ejemplo, el miedo, protege; la tristeza, reintegra; la ira, destruye. De esta manera identificar la emoción facilita la conducta apropiada (Greenberg, 2014).

La TFE se fundamenta básicamente en las emociones, convirtiéndose en la guía de la persona para actuar, establecer y ordenar metas en su vida (Greenberg, 2010). También se encuentra que las emociones pueden llegar a presentar problemas por dos motivos:

Primero, uno de ellos son los traumas que se han ido presentando a lo largo de la vida del individuo, por ejemplo, como situaciones en la que la emoción ha sido descontrolada como respuesta emocionales a la ira o al miedo (Fernández-Berrocal & Extremera, 2002).

Segundo, el individuo pudo haber aprendido a ignorarlas o evitarlas, es decir, que el individuo prefiere evitar sentir lo que está sintiendo o simplemente lo ignora, por ejemplo, encerrarse en el trabajo cuando se siente triste, no da paso a expresar esto (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004).

### **Tipos de Respuestas emocionales**

En este tipo de terapia existen cuatro tipos de respuestas emocionales, el hecho que se utilice la palabra adaptativo es porque es útil en ese momento/situación:

- a) *Respuestas Adaptativas Primarias*: hace referencia a las primeras reacciones congruentes y naturales ante la situación que se está presentando, por ejemplo la ira ante una injusticia (Elliott & Greenberg, 2016).
- b) *Respuestas Emocionales No Adaptativas Primarias*: Respuestas directas a un evento, sin embargo estas respuestas son basadas en experiencias previas y se vuelven incongruentes y ya no se ajustan a la realidad de la situación (Elliott & Greenberg, 2016). Por ejemplo: sentirte devastado cada vez que escuchas una crítica hacia ti (Greenberg, 2014).
- c) *Respuestas Reactivas Secundarias*: Existe una reacción a sus emociones primarias y es reemplazada por una segunda emoción (Elliott & Greenberg, 2016). Por ejemplo detrás de estar enojado, existe una emoción de tristeza (Greenberg, 2014).
- d) *Respuesta Emocional Instrumental*: Muestra estratégica de la emoción por efecto de un deseo de los demás para que presten atención o para recibir su aprobación (Elliott & Greenberg, 2016). Por ejemplo, la victimización de una persona por medio de la tristeza para poder llamar la atención (Greenberg, 2014).



## Principios del Cambio Emocional

En la TFE, el cambio surge cuando se le da un sentido a la emoción de uno mismo por medio de la toma de conciencia, expresión, regulación y transformación de la emoción. Estos principios son:

- a) *Toma de conciencia*: Principio fundamental en donde la toma de conciencia muestra la experiencia emocional básica en palabras, de esta manera se puede tener acceso a la información adaptativa. Con el paciente se trabaja la aceptación de la experiencia emocional y se busca que la persona pueda acceder, tolerar y regular sus emociones. Cuando el paciente acepta la emoción, el psicólogo puede ayudarle a procesar lo que siente. Mientras va pasando el tiempo, el individuo le da mayor atención a lo interno por lo tanto la toma de conciencia hace que el significado emocional de la experiencia crezca (Greenberg, 2002).
- b) *Expresión*: Es hacer que la persona exprese fuertemente su emoción y no evite sentir, ya que por lo general existe una tendencia por parte de los seres humanos a tratar de evitar emociones dolorosas. El afrontamiento expresivo hace que las preocupaciones centrales se clarifiquen. Los procesos cognitivos, en su mayoría, distorsionan la emoción, de esta forma las emociones no placenteras adaptativas se transforman para evitar que la persona sienta. De esta manera se busca que el cliente acepte estar en contacto con sus emociones. Para que el procesamiento emocional será óptimo se espera que la persona integre la cognición y el afecto. (Greenberg, 2002)
- c) *Regulación*: La habilidad para tolerar y regular las emociones sea más fácil es parte de este proceso. Entrenarse en la capacidad de regular una emoción siempre es uno de los pasos más difíciles, ya que por lo general tenemos sobre-regulación es decir demasiado control sobre una emoción o también hablamos

de una supresión. Algunas de las emociones que no se regulan de manera adecuada pueden ser desesperación o desesperanza (emociones secundarias), también vergüenza, ansiedad, pánico (emociones mal adaptativas primarias). Un aspecto importante es que la persona desarrolle habilidades que le ayuden a tolerar y auto calmar la emoción. Con el tiempo dentro de terapia, el individuo desarrolla la habilidad para regular sentimientos automáticamente sin presentar esfuerzo (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015) .

- d) *Reflexión*: Busca que el individuo encuentre el sentido de su experiencia y a su vez pueda tener una narrativa permanente del *self*. Por medio de la narrativa podemos entender y crear un nuevo significado a través de una narrativa para entender la experiencia. Por medio de la escritura una persona puede entender de mejor manera las experiencias, eventos, circunstancias, que pueden provocar emociones, creando ventajas para el sistema nervioso autónomo, sistema inmune, salud física y emocional. Por lo tanto se puede obtener como un resultado el sentido que se da a una experiencia que se activa y también el conocimiento personal experiencial (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015)
- e) *Transformación*: Se busca pasar de un estado no adaptativo emocionalmente hacia un estado funcional de emociones. Se espera anular un estado para poder activar el otro. La transformación de una emoción en otra, es mucho más factible que razonar la emoción, debido a que a una emoción no se la puede simplemente remover sin razón, es necesario que la emoción opuesta sea más fuerte (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015)

En la terapia se busca activar los esquemas emocionales no adaptativos y en base a ellos trabajar ya que un cambio en un proceso emocional no se genera a través de la comprensión sino se espera la generación de un respuesta emocional nueva para poder

reestructurar las respuestas emocionales más adaptativas (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).

### **Principios del Tratamiento**

Los principios de tratamientos toman su camino dividiéndose en principios de tareas y principios de relación, dando importancia a las habilidades relacionales como de intervención. Carl Rogers, consideraba que era el paciente quien debía decir qué es lo que estaba mal, así mismo, el individuo era quien debía encontrar sus métodos para mejorar. En los principios de relación, una técnica conocida es el reflejo, en el cual el terapeuta utiliza la frase que el paciente está diciendo para hacerle sentir escuchado y comprendido (Rogers & Rosenberg, 1981).

La TFE se va construyendo bajo parámetros empáticos, respetuosos, validadores y altamente sensible–receptivo (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015). Estos son tres de los principios necesarios para facilitar una relación segura con el paciente.

- *Entendimiento Empático:* Colocarse en los zapatos del cliente para entender la experiencia inmediata y también ver el desarrollo del cliente (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).
- *Vínculo Terapéutico:* Hacer que el cliente se sienta comprendido y sobretodo sienta nuestra presencia (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015)
- *Colaboración con la tarea:* De esta manera el paciente se compromete en la metas y con nuestra ayuda se facilita este compromiso (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).

Para obtener una excelente relación entre paciente – terapeuta en esta terapia se establecen tres principios de la tarea que se convierten en una guía del seguimiento de las tareas del paciente. Estos principios tienen como idea general, las personas tienen

una necesidad innata de exploración por lo tanto tienen control de su ambiente y también son activos y propositivos (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).

- *Procesamiento Experiencial*: El cliente puede utilizar distintas técnicas en distintas ocasiones (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).
- *Foco en la culminación de tareas*: Guiar la conclusión de las tareas de la terapia del paciente (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).
- *Autodesarrollo*: El cliente se empodera, conoce quien es y sus capacidades, asumiendo de esta manera la responsabilidad de sus actos (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).

### **Intervención:**

En la intervención de la terapia, es importante poder generar un vínculo empático con el paciente, a través de la escucha activa, siendo el psicólogo quien debe ir haciendo énfasis en las partes más “vivas” o intensas del relato del paciente. De esta manera se puede centrar la atención en esta experiencia. Es importante también tomar en cuenta, no solo la narrativa hablada sino la expresión corporal también del paciente (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015)

### **Marcadores**

Una de las características principales de la TFE es que su intervención se encuentra guiada por marcadores. Los cuales cumplen con la función de mostrar cuales son los determinantes a las diferentes dificultades que se van presentando (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015). Los cuales señalan los pasos claves durante las intervenciones, así mismo se puede utilizar un marcador como identificador de un problema en concreto. El psicólogo se basa en dos palabras, para entender eventos significativos, cuándo y entonces, siendo el cuándo la definición de marcador (Mateu, Sigés, & Herdoiza, 2010).

En esta terapia, los psicólogos aprenden a identificar distintos tipos de marcadores de procesamiento emocional problemático e intervienen de la manera que mejor se ajuste a la situación. Han sido señalados los siguientes marcadores:

- *Reacciones problemáticas*: Son reacciones que han producido ciertas manifestaciones emocionales o conductuales ante una circunstancia en particular. Estas situaciones necesitan una evocación vívida de la experiencia, de esta forma se promueve la re-experimentación y la reacción sobre los efectos que establece una conexión entre situación – pensamientos-reacciones emocionales. Esto da sentido a la reacción. En otras palabras, hace referencia a reacciones tanto emocionales como de comportamiento que no son claras para el paciente. En este caso, el terapeuta debe encontrar donde comienza esta reacción problemática por medio de la expansión de la narrativa del individuo (Greenberg, 2011). Un ejemplo de este marcado es: de camino a la universidad vi un animalito caminando por la calle solo y comencé a sentirme triste sin saber por qué (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).
- *Una sensación confusa*: Es una sensación que no está totalmente clara. Aparece cuando el paciente se halla en un estado de confusión, es decir no tiene claro la sensación de la experiencia que está viviendo (Greenberg, 2011). Va a necesitar que se focalice en ella y el terapeuta va a guiar al paciente para poder poner en palabras las sensaciones que va sintiendo. Por ejemplo, una frase muy común que utilizamos las personas es, me siento como rara, no sé qué me pasa (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).
- *Conflicto con divisiones internas*: Un aspecto del *self* entra en conflicto con otra parte, poniéndose en contra la una con la otra, generando malestar en el individuo. Para este marcador, se podría usar una técnica de doble silla

(Greenberg, 2011). Por ejemplo, una persona que se frustra fácilmente y empieza a compararse con sus pares, es que no soy tan buena como ella. Otro ejemplo, cuando tienes ganas de llorar, pero no te permites demostrarlo y no derramas ni una lágrima (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).

- *División auto-interruptora*: Cuando una parte del *self* limita la experiencia emocional aparece una parte auto-interruptora. Esto provoca una interrupción en la expresión de estas experiencias (Greenberg, 2011). Durante la sesión esto es fácil de darse cuenta, ya que el cliente puede empezar a bajar la voz, o empieza con frases a sí mismo como “quédate quieto, no llores” (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).
- *Asuntos inconclusos*: Verbalización de un sentimiento que no está resuelto y busca otro significado. Una de las intervenciones que puede servir en este punto es la silla vacía, de esta manera se activa el punto de vista. Por ejemplo, no he podido perdonar a x persona, por no haber estado para mí cuando lo necesité (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).
- *Vulnerabilidad*: Cuando el *self* está en un estado vulnerable, es decir en un estado frágil (Greenberg, 2011) porque se siente avergonzado o inseguro. Este proceso va a requerir que se dé una validación empática y normalizar su experiencia. Por ejemplo, nada está hecho para mí, no quiero continuar, porque simplemente todo me sale mal (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).

Poder identificar estos marcadores en el cliente hará que el tratamiento tome una focalización diferente y servirá para que el psicólogo sepa qué problema afectivo está pasando en ese momento. Cuando se toma en cuenta lo más doloroso o lo que todavía está latente se puede acceder a las emociones primarias, esquemas emocionales no adaptativos y cambiarlos por emociones adaptativas (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).

## **Fases del tratamiento**

**Fase 1: Vinculación Emocional y Toma de conciencia:** Incluye los siguientes pasos:

- a) Se valida los sentimientos del cliente prestando atención y mostrando empatía.
- b) Se da razones por las que se debe trabajar con la emoción.
- c) Se toma conciencia de la experiencia interna.
- d) Entabla un foco colaborativo.

En esta fase es importante crear un ambiente empático y también en donde se le dé una razón por la cual trabajar con sus emociones es importante. Se ayuda a la persona a ir regulando su experiencia emocional (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015)

## **Fase 2: Evocación y Exploración**

- a) La Experiencia emocional debe establecer contención (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).
- b) Sentimientos problemáticos deben activarse y evocarse (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).
- c) Las interrupciones de la emoción se deben anular (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).
- d) Ser una guía para el acceso a las emociones primarias o esquemas no adaptativos nucleares (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).

Dentro de la fase dos, las emociones son intensificadas y evocadas. Para poder evocar las emociones el terapeuta debe toma en cuenta si el cliente tiene una estructura interna y externa para poder sostener estas emociones dolorosas. Es necesario entablar confianza, resiliencia, la capacidad para que el cliente pueda calmarse a sí mismo y también regulación. Siempre es importante tomar en cuenta si el paciente cuenta con los

recursos internos para poder evocar experiencias emocionales (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).

### **Fase 3: Transformación y generación de alternativas**

- a) Generación de respuesta emocionales nuevas para que los esquemas no adaptativos nucleares.
- b) Para poder dar sentido a la experiencia se promueve la reflexión.
- c) Se valida a los sentimientos que van apareciendo (nuevos).

La familia juega un rol importante en las terapias, por eso en la TFE para Familias, cuyo objetivo es modificar los ciclos de interacción para que la familia mantenga la seguridad, y de esta manera sean ellos quien un soporte seguro para el individuo. La emoción se convierte en la base para formar esquemas de identidad, y se convierte en un elemento crucial para trabajar conductas de apego y autorregulación en los adolescentes (Johnson, Maddeaux, & Blouin, 1998).

En una investigación en la que aplicaron TFE para Familias en trastornos alimenticios en adolescentes y niños, encontraron que si los padres se convirtiendo en “entrenadores de emociones” y además reciben el apoyo para hacerlo, ayudan a sus hijos de una mejor manera para trabajar los “bloqueos” emocionales que se presentan. De esta manera el tratamiento genera mayor impacto en el adolescente/niño y en su red de apoyo (Robinson, Dolhanty, & Greenberg, 2013).

Por este motivo, la familia es un soporte para las personas que se encuentran en esta etapa de desarrollo llena de muchos cambios.

### **Adolescentes.**

En la adolescencia, el ser humano pasa por una etapa de altos y bajos en sus emociones, por la parte de hormonas y cambios que empiezan a hacerse presentes en su vida tanto a nivel físico, psicológico, social, afectivo.



La palabra adolescente tiene una derivación de la palabra proveniente del latín <<adolescere>> cuyo significado es crecer hacia la adultez, por este motivo es una etapa que se encuentra entre la infancia y la adultez. Existe un debate sobre la edad en la que empieza y en la que termina. La Organización Mundial de la Salud menciona que esta etapa de desarrollo se encuentra comprendida entre los 10 y 19 años de edad (Organización Mundial de la Salud, s.f.), sin embargo existen personas especializadas en este ámbito que mencionan que la edad para seguir llamando población joven es entre los 10 y 24 años de edad (Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne, & Patton, 2018).

El retraso producido en la edad se debe a factores sociales como el tiempo en terminar la educación, conseguir un trabajo que se estable y buscar su independencia económica, que son características propias de un periodo de adultez (Sawyer, et al., 2012).

Una de las características fundamentales dentro de este periodo es que se desarrolla la competencia emocional. Esto se relaciona con la capacidad del individuo en aprender a regular sus emociones, sus habilidades sociales con los demás, también se empieza la búsqueda de autonomía (Gaete, 2015).

Todas estas características son fundamentales para el adolescente que está en la búsqueda de su identidad y esta se convierte, quizá, en la característica principal de esta etapa de desarrollo (Gaete, 2015). Los cambios en la adolescencia son variables, sin embargo, existen características comunes que nos permite dividir a la adolescencia en tres etapas: Adolescencia temprana, media y tardía (Gaete, 2015)

- **Adolescencia Temprana**

Esta etapa está comprendida desde los 10 hasta aproximadamente los 13 – 14 años. Dentro de esta etapa inician los cambios físicos, por lo que se conoce mejor como pubertad que viene del latín << pubertas>> que significa edad de la madurez.

Generalmente inicia con la primera menarquia en las mujeres y aparición de vello púbico en los hombres, también se asocia a la madurez sexual, el conocido “estirón” que es el crecimiento acelerado de talla y peso, también se presentan cambios en el funcionamiento del corazón, que aumenta casi el doble de su tamaño, pulmones crecen a un nivel impresionante, disminuye el metabolismo basal (Coleman, 2003).

Dentro del desarrollo psicológico, aparece el egocentrismo. Existen unos fenómenos que se llaman << audiencia imaginaria >> y << fábula personal >> que forman parte del egocentrismo adolescente, ya que el individuo tiene su atención focalizada en sus conductas, cambios de su cuerpo, entre otras cosas y tienen la tendencia a asumir que las demás personas tienen las mismas perspectivas de las cosas que ellos; la fábula personal, por su parte es creer que el adolescente es único y que solo las personas a su alrededor simplemente no tienen la capacidad de entenderlo (Gaete, 2015).

Aparece la labilidad emocional, es decir cambios de estados de ánimo variables, necesitan de privacidad y son impulsivos. Dentro del área cognitiva surge el pensamiento abstracto o formal y para tomar decisiones necesitan involucrar habilidades más complejas (Gaete, 2015). En el sentido social, empieza a disminuir su tiempo con la familia, las actividades que involucran a la familia ya no son de tanto agrado y empieza su búsqueda de independencia, prueba límites y autoridad, a pesar de tener este distanciamiento con la familia, ésta sigue siendo su fuente de apoyo y estructura a pesar de esto sus pares van a ser de vital importancia porque serán con quienes ellos empiecen a identificarse, por lo tanto, ejercerán gran presión (Coleman, 2003).

- **Adolescencia Media**

Va desde los 14–15 hasta 16-17 años aproximadamente. En esta etapa existe un distanciamiento afectivo de familiar y empieza a ser mucho más cercano su grupo de

amigos. Dentro de la adolescencia media la imagen personal es en base a la opinión de pares, así mismo, empieza a pasar mayor tiempo a solas y comienza la parte empática donde el entiende lo que otros sienten y se preocupa por ellos, también sigue experimentando egocentrismo, que les hace pensar que no son vulnerables por lo tanto durante este periodo las conductas de riesgo incrementan (Gaete, 2015).

A nivel cognitivo empieza a cuestionar y a ser más crítico con sus familiares (especialmente padres) y la sociedad en general. A nivel social, este es el punto más alto en el acercamiento a sus pares, adoptando todos los puntos para poder sentirse parte de un grupo ya sean estas conductas, vestimentas, ideales por lo que empiezan a pasar mayor tiempo con ellos que con sus familiares por lo tanto en este punto es donde los conflictos entre padres e hijos aumentan a su nivel máximo (Gaete, 2015).

- **Adolescencia Tardía**

Comprendida entre los 17–18 años en adelante, en esta última etapa de búsqueda de identidad, se caracteriza por tener presente mayor tranquilidad, su control de impulsos es mejor son mucho más realistas con sus metas. Dentro de la parte psicológica en esta etapa su apariencia ya se define por sí mismo, tiene mayor conciencia de la realidad y de los límites y tiene facilidad de planificar a futuro. En el nivel cognitivo se alcanza un nivel hipotético–deductivo, dándole mayor facilidad de conocer las consecuencias y también su capacidad para resolver problemas aumenta (Gaete, 2015).

En el desarrollo social, empiezan a ser más selectivos con su grupo de pares ya que el individuo empieza a sentir mayor comodidad bajo sus propios principios y pensamientos. Gracias a esta razón, la familia empieza a volver más cercana de nuevo, la relación existente entre padres e hijos se desarrolla en base a respeto, valoración de pensamiento y diferencias (Gaete, 2015).

A continuación se explica los estadios propuestos en la Teoría de los estadios del conocimiento social:

- *Estadio 1:* Entre los 5 y 9 años de edad es un estadio de perspectivas subjetivas (Coleman, 2003)
- *Estadio 2:* Entre los 7 y los 12 años, en el cual el individuo toma en cuenta que las otras personas también tienen perspectivas diferentes (Coleman, 2003).
- *Estadio 3:* entre 10 y 15 años, donde el adolescente adopta perspectivas de terceras personas (Coleman, 2003).
- *Estadio 4:* De 15 años en adelante, coordina perspectivas dadas por sus pares, la sociedad y él mismo (Coleman, 2003).

### **Pares.**

Los grupos de amigos que se van formando en la adolescencia son vitales ya que ayudan al desarrollo de la identidad, estos grupos se van convirtiendo en su “familia” durante el transcurso de esta etapa. Para esto, aparecen los mejores amigos, los amigos, conocidos. Con estos grupos se van formando la semejanza mutua, con la cual se van identificando con su grupo, entre mayor integración exista con el grupo de pares mayores serán los beneficios emocionales, de aprendizaje y autoestima (Coleman, 2003).

Las adolescentes de sexo femenino buscarán formar relaciones más emocionales, que tendrán como base el afecto, la intimidad y compañía. Por otro lado, los adolescentes de sexo masculino sus relaciones no se basan tanto en la emocionalidad (Coleman, 2003).

### **Importancia de la familia**

Como se menciona anteriormente, la adolescencia es una etapa en la que los individuos prefieren el contacto con sus pares ante la familia, a pesar de esto, es

fundamental que los padres estén presentes para guiar a sus hijos. Por lo general, las madres, son quienes dan mayor apoyo a sus hijos, se comprometen más con la tarea de guiarlos y educarlos, mientras que los padres se vuelven guías en establecer metas a largo plazo, son quienes manejan la disciplina, esto se debe a que las madres mantienen mayor contacto y su enfoque no es en el futuro con los adolescentes sino más bien el presente, además de generar mayor confianza convirtiéndose en confidentes (Coleman, 2003).

### **Pares y Familiares**

Una de las características de esta etapa de desarrollo es el hecho de que en la mayoría de casos, los adolescentes van a preferir estar acompañados de sus pares en vez de sus familiares. Con sus amigos se sienten más seguros, menos criticados, y hasta más identificados, estos sentimientos son mutuos entre los grupos de amigos. A pesar de esto, el respaldo brindado por los padres es crucial, sobre todo en situaciones de emergencia (Coleman, 2003).

Ser aceptado por un grupo o rechazado puede tener repercusiones en la salud mental del adolescente, por lo que se cree que su papel es fundamental para el desarrollo psicosocial del individuo. Además de satisfacer necesidades emocionales, comprensión, resolución de problemas, ellos intercambian ideas, pensamientos y sentimientos (Coleman, 2003).

### **Autonomía**

Para el adolescente es clave manejar el desarrollo de su independencia, lo que se busca es que el adolescente termine libre de restricción parental pero controlando su propia vida. El género jugará un papel fundamental, ya que entre hombre y mujeres existe una perspectiva diferente acerca de la autonomía. Factores como la personalidad, rol de los abuelos, hermanos, actitud de los padres hacia sus hijos tendrán efecto sobre

la forma en que el adolescente se irá formando en cuanto a autonomía, a futuro (Coleman, 2003).

En 1986 Steinberg y Silverberg crearon una Escala que media la Autonomía Emocional, basándose en cuatro aspectos (Coleman, 2003):

1.- *Des-idealización*: Conocer el punto hasta que el joven pueda llegar a ver a sus padres como humano que pueden fallar (Coleman, 2003).

2.- *Padres como personas*: Comprender que los padres son personas comunes y corrientes (Coleman, 2003).

3.- *No Dependencia*: Un adolescente puede informarse por sí solo (Coleman, 2003).

4.- *Individualización*: El punto en el que el individuo siente su individualidad en relación a sus padres (Coleman, 2003).

Con este estudio y sumado el de Feiring y Lewis en 1993, se dieron cuenta que conforme pasa el tiempo los progenitores empiezan a tener menos información acerca del grupo de pares del adolescente (Coleman, 2003).

### **Reglas dentro del hogar**

Durante esta etapa del desarrollo, la comunicación con los padres es clave. Aunque es muy poco lo que los adolescentes les quieren contar porque sienten que no son comprendidos. Sin embargo una escucha que demuestre empatía, donde el individuo se sienta seguro y sienta que es valorado puede servir. Es complejo poder llegar a este punto debido a que en esta etapa se busca el distanciamiento de la familia, justamente el no compartir información se encuentra dentro de estas características para evitar el control de sus progenitores. En cuanto a las reglas es mejor llegar a un consenso en vez de imponerlas, de esta manera el adolescente podrá desarrollar habilidades de responsabilidad y sentido común. Un punto importante dentro de la

relación es brindar al adolescente libertad y disfrutar de su independencia sin dejar que los padres dejen de tomar responsabilidad sobre ellos, esto ayudará al desarrollo de su identidad (Fernández, 2014).

Los límites dentro de esta edad son necesarios ya que desarrollan responsabilidad, seguridad, protección, de esta manera, el individuo aprende a regular su comportamiento y su convivencia con los demás es mucho más tolerante. Por lo tanto, estas normas deben ser establecidas desde una base amorosa, con confianza y aceptación (Fernández, 2014).

Esta etapa del desarrollo está llena de pérdidas emocionales, novios, novias, amigos, mejores amigos, incluso los adolescentes, durante este periodo de su vida, buscan tomar el distanciamiento con sus familias, en especial con sus padres es importante recalcar que la presencia de los progenitores es necesaria, y la falta de alguno de ellos podría traer secuelas graves dentro del desarrollo del individuo, ya sea por factores como la separación, divorcio e incluso la muerte. En la adolescencia, vivir el duelo es similar a lo que hace una persona adulta, aunque sus emociones son más intensas.

## **Duelo**

Cuando se pierde a un ser querido, es normal presentar reacciones de duelo. Existen seres humanos que afrontan las cuatro tareas del duelo sin complicaciones. Worden (2013) cita a Parkes (2006), para definir cuatro fases de duelo. La primera fase es la insensibilidad que se da en momentos después de la pérdida, en la cual su atención no es centrada en la realidad de la pérdida; la fase dos o fase de añoranza, donde se niega la pérdida de manera irreversible; la fase tres es de desorganización y desesperación, teniendo dificultades para relacionarse en su entorno; por último, la fase

cuatro es la fase de conducta reorganizada en la cual el individuo empieza a rehacer su vida.

Por otro lado Sanders (1999) realizó una propuesta de cinco fases a) shock; b) ser consciente de la pérdida; c) retraimiento y conservación; d) sanación; e) renovación. También, cuando ocurre una pérdida, Kübler–Ross mencionó las cinco etapas de un duelo: a) negación; b) ira; c) negociación; d) depresión, e) aceptación (Kübler – Ross & Kessler, 2005)

La negación es un proceso que se presenta como una respuesta natural e innata cuyo propósito es proteger al individuo del impacto para que pueda sobrevivir (Kübler–Ross & Kessler, 2005).

En la ira, aparece esta pregunta: ¿Por qué a mí?, sentimientos intensos de enojo salen a flote, pero poco a poco irá desapareciendo conforme se van experimentando esta emoción. No se debe reprimir esta ira (Kübler–Ross & Kessler, 2005)..

Luego se llega a la etapa tres que es la negociación. Sucede cuando la muerte es anticipada y las personas cercanas buscan hacer cualquier cosa para evitar que su ser querido se vaya (Kübler–Ross & Kessler, 2005).

En la etapa cuatro, depresión, cuando el resto de emociones toman tranquilidad, empieza un dolor más profundo con el que solo quieres aislarte y alejarte de todo. Sin embargo es necesario este paso (Kübler–Ross & Kessler, 2005).

Por último, la etapa cinco es la de aceptación. En la cual empiezas a regresar a tus quehaceres cotidianos con la valentía de plantarse nuevas metas, en donde trasladas a tu memoria a ese ser querido que ya no se encuentra físicamente cerca. Es común que la tristeza siga presente en esta etapa pero también vuelves a querer conectarte con otras personas (Kübler–Ross & Kessler, 2005).



El duelo es un proceso cognitivo, no es un estado, en el cual se puede reestructurar los pensamientos, experiencias sobre el mundo en el que habita ahora sin el difunto. Para esto existen tareas que son esenciales realizar para poder manejar la pérdida. Son cuatro las tareas del duelo (Worden, 2013).

### **Tarea I: Aceptar la realidad de la pérdida.**

Con el fallecimiento de alguien vienen muchas sensaciones, una de ellas es que la muerte no es real. Debido a esto, como primer paso para aceptar la realidad de la pérdida es importante que la persona pueda reconocer su ser querido ha muerto, y que su reencuentro no es posible. En algunos casos, suele aparecer la conducta de búsqueda, en donde el individuo puede confundir al fallecido con personas que están a su alrededor, o suele llamarlo en voz alta (Worden, 2013). Esta aceptación de que ya no está toma tiempo porque no solo se debe aceptar intelectualmente sino emocionalmente también. Algo común dentro de esta tarea es que la persona vive bajo la influencia de la realidad y de la fantasía. Existen momentos en donde es consciente de que el difunto ya no está y otros momentos en los que piensa en un reencuentro. Por este motivo, empieza también una demostración de ira consigo mismo, con su alrededor, con la persona que falleció (Worden, 2013)

### **Tarea II: Elaborar el dolor de la pérdida**

El dolor no solo es emocional, es físico y también conductual. Cada persona vive su dolor a su manera, para unos puede ser más intenso y para otros tal vez menos, y esto se ve ligado al apego que tenía con el fallecido. En este punto la sociedad juega un papel controversial, ya que puede ser de ayuda o simplemente perjudicar esta tarea, porque no entiende cómo actuar ante estos sentimientos y buscan transmitir un mensaje sutil. La negación en esta tarea hace que la persona no sienta y llega a negar sus sentimientos,

que generalmente son asociados a la tristeza y a la disforia, pero también aparece la angustia, ira, sentirse culpable y solo (Worden, 2013).

### **Tarea III: Adaptación a un mundo sin el fallecido**

Existen tres adaptaciones que deben ser tomadas en cuenta cuando se pierde a un ser querido.

*Adaptación externa:* influencia de la muerte en la cotidianidad de la persona, por lo general se presenta tres o cuatro meses después de la pérdida, en el duelo se busca tener claridad sobre lo que se pierde, además que poco a poco empieza a entender y a encontrar los roles que realizaba el difunto, y en algunos casos al individuo le toca asumir nuevos roles y habilidades (Worden, 2013).

*Adaptación interna:* es redefinirse a uno mismo después de la pérdida, tomando en cuenta asumir nuevos roles, amor propio y la eficacia personal, en las mujeres un duelo no solo hace referencia a la pérdida de alguien significativo sino también la pérdida de sí mismos porque se definen por medio de sus relaciones (Worden, 2013).

*Adaptación espiritual:* hace referencia al sentido que uno tiene del mundo. Poniendo en cuestionamiento valores básicos de la persona, creencias, educación, religión. Por lo general las personas que pierden a alguien sienten que han perdido el rumbo de su vida, si se decide evitar esta etapa la persona se vuelve incapaz de adaptarse a la pérdida, por lo general las personas que afrontan esta tarea se acostumbran a asumir nuevos roles y seguir adelante con la nueva imagen que se va dando de ellos (Worden, 2013).

### **Tarea IV: Hallar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una nueva vida.**

En esta tarea se debe desvincular al difunto de las esperanzas y recuerdos del superviviente, a pesar de esto existen maneras de poder recordar al fallecido. Formar

relaciones nuevas depende del espacio que dejas para ese ser tan importante que no está y que a pesar de eso puedas seguir formando relaciones personales, estableciendo vínculos continuos con la persona que ya no está presente (Worden, 2013).

A pesar de esas tareas para trabajar duelo, hay persona que no avanzan en las tareas y se quedan atrapados en su dolor, haciendo que este se vuelva complicado y prolongado. Según los médicos hay cinco formas de duelo anormal (Worden, 2013).

*Duelo Crónico:* En este duelo el sobreviviente no logra poder cerrar y se encuentra atrapado en su dolor, a pesar de llorar por años su pérdida. Existe una desviación de la intensidad de los síntomas. Una de las causas es el hecho de que existen conflictos de separación que no permiten realizar tareas del duelo, la persona es consciente de este problema (Worden, 2013).

*Duelo Retrasado:* Es un duelo que durante la pérdida, la reacción emocional no pudo haber sido suficiente, se retrasa o se pospone. Generalmente es por la idea de que se sintieron que tenían que ser fuertes en ese momento, o tal vez la ausencia de un cuerpo (Worden, 2013).

*Duelo Exagerado:* Existe una reacción fuerte ante la muerte. La persona empieza a sufrir terrores nocturnos, pensamientos suicidas, fobias, ansiedad y ataques de pánico. Las emociones van a ser similares a las de un duelo normal, pero estas van a causar disfuncionalidad en la persona (Worden, 2013).

*Pena de privación de derechos:* Cuando es difícil vivir el duelo por el hecho de que la muerte se produjo bajo circunstancias que son un tabú para las personas alrededor, por ejemplo, un aborto (Worden, 2013).

*Duelo Repentino:* es el que ocurre cuando una muerte es traumática e impactante e inesperada, los síntomas presentes en este duelo son similares al Trastorno de Estrés Post-Traumático (Worden, 2013).

Se deben considerar algunos factores para que la persona se vuelva vulnerable y pueda llegar a padecer duelo complicado. Estos factores pueden ser:

- Las circunstancias en las que ocurrió la muerte como suicidios, asesinatos, accidentes (Vedia, 2016).
- Relación con el fallecido, parentesco, relaciones difíciles basadas en discusiones y reproches (Vedia, 2016).
- Dependencia con el fallecido, es decir si era quien sostenía a la familia económicamente (Vedia, 2016).
- Pérdidas del pasado tienen tendencia a mostrarse nuevamente con la nueva pérdida (Vedia, 2016).
- La red social y familiar de apoyo no es la adecuada (Vedia, 2016).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el Duelo No Complicado (V62.82) es objeto de atención clínica por sus síntomas similares a episodios de depresión mayor (American Psychiatric Association, 2014).

Cabe recalcar, en la adolescencia buscan la independencia de la familia, cuando uno de sus progenitores muere, empiezan a sentir culpa sobre esto. Tras la pérdida, el adolescente no quiere compartir con personas adultas lo que siente, no buscan mostrarse vulnerables, porque no quieren mostrar que necesitan de alguien más. También temen que el expresar su dolor y sentimientos van a hacer que se sientan diferentes a sus pares y sean notados como débiles, por lo que se considera que el adolescente prefiere renunciar a vivir su duelo (Ocerinjaúregui et al., 2017).

Se debe considerar que en el adolescente, el duelo no solo se trata de muerte, sino también de pérdidas amorosas, amistades, académicos y llevan consigo una gran carga emocional. Por lo tanto el apoyo emocional, y aprender a expresar sus emociones es básico en esta etapa (Ocerinjaúregui et al., 2017).

Por lo mencionado anteriormente considero que en el duelo se presentan muchas emociones al mismo tiempo, la persona, en este caso el adolescente debe aprender a trabajar estas emociones, dejar que se manifiesten y así mismo convertirlas en adaptativas para que no afecten su funcionalidad, para esto, va a tener que trabajar con la tareas de la Terapia Focalizada en la emoción para poder convertir en adaptativas sus emociones presentes por el duelo.

## METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

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

El presente trabajo de investigación utiliza una metodología que sigue un diseño cuantitativo para analizar los resultados que se espera encontrar en este estudio. Se utilizará esta metodología para poder responder a la pregunta ¿Cómo y hasta qué punto la terapia enfocada en emociones ayuda en el proceso de duelo en los adolescentes?, que busca investigar y describir como este tratamiento podría ser útil para que el adolescente enfrente la vida después de sufrir el fallecimiento de un ser querido regulando sus emociones y aprendiendo a expresarlas.

### **Participantes**

Los participantes de este estudio son adolescentes entre 14 y 16 años. Los adolescentes pertenecen a un sistema escolar privado, ubicado en un sector urbano. El número de participantes son 10 adolescentes (F=5; M=5) que están atravesando un proceso de duelo por la pérdida de un ser querido. Los participantes pertenecen a una clase socio-económica alta.

Para realizar la selección de la muestra, se tomará en cuenta varios criterios: a) tiempo que ha transcurrido desde la pérdida siendo las pérdidas recientes el enfoque principal, entre 1 a 4 meses de la pérdida; b) edad (rango de edad de 14 a 16 años), quienes están atravesando la adolescencia media en el cual el desarrollo psicosocial empieza por una etapa de dependencia-independencia, empezando a tener menor interés en pasar tiempo con los padres y más tiempo con los amigos (Iglesias, 2013); c) Adolescentes que no reciben terapia psicológica para trabajar el proceso de duelo.

## Herramientas de Investigación Utilizadas

**Las herramientas utilizadas para este estudio son las siguientes:**

### **Cuestionarios para la evaluación de estado de ánimo:**

*Inventario Breve de 18 Síntomas (BSI-18)*: Es un inventario creado por Leonard R. Derogatis y fue adaptado al español por Pearson Educación. Este inventario busca evaluar los constructos de malestar psicológico y síntomas psiquiátricos. Somatización, depresión y ansiedad. Consta de 18 ítems presentados en una escalad de Likert. Es una prueba que es recomendada por alta validez predictiva y discriminatoria. La muestra española tiene una validez concurrente superior a 0.80 (Consejo General de la Psicología España, 2013).

*Inventario de Salud General de Goldberg ( versión 12 ítems)*: Este inventario es auto-administrado y tiene como función detectar los trastornos psiquiátricos no psicóticos. La versión orginal constaba de 60 ítems, sin embargo, se han desarrollado versiones del cuestionario de 30,28 y 12 ítems,. Este estudio utiliza el inventario que contiene 12 ítems, debido a sus características psicométricas, ha sido utilizado en encuestas nacionales acerca de Salud en Gran Bretaña, Australia, España y en toros países tambien ha sido aplicado por la Organización Mundial de la Salud (Brabete, 2014).

### **Cuestionarios para evaluación de Duelo:**

*Inventario de Experiencias en Duelo (IED)*: Este inventario creado por Catherine Sanders, Mauger y Strong en 1977 es objetivo y multidimensional, presenta sensibilidad ante cualquier cambio presente en el tiempo, tiene una fiabilidad interna de 0.43 – 0.85.(García-García, Landa, Trigueros, & Gaminde, 2001)

*Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado Traducido al castellano por García-García, Landa, Grandes, Mauriz y Andollo (2002).* La traducción de este cuestionario presenta una consistencia interna de un alfa de Cronbach que está adaptado al español de 0.88, test – retest presenta una fiabilidad de 0.81. Tiene una correlación con la escala de ansiedad de 0.24 y de 0.43 con la depresión. De la misma forma presenta correlaciones positivas con 9 sub escalas del Inventario de Duelo complican que van entre 0.21 y 0.31 (Limonero, Lacasta, García, Maté, & Prigerson, 2009)

### **Procedimiento:**

Para iniciar con esta investigación, se conversará con los directivos y con el departamento de Psicología de la unidad educativa. Primero, es importante conversar con los directivos para poder tener el permiso de realizar esta investigación en el colegio. Una vez que exista la autorización por parte de los directivos, se conversará con el departamento de Psicología para que nos puedan ofrecer un listado de personas que cumplan con las condiciones requeridas para el estudio (se encuentren en la etapa de la adolescencia, que su pérdida haya sido reciente, no estén acudiendo a terapia psicológica), una vez que se obtenga esta información, se realizará una reunión informativa con los representantes legales de los menores de edad y con los estudiantes para poder brindarles los objetivos de la investigación y entregarles la carta de reclutamiento (Anexo A) así mismo en que caso de que aceptaran, que firmen el consentimiento informado ( Anexo B).

Al inicio del reclutamiento se espera contar con 10 individuos para realizar una evaluación inicial. Se espera que los participantes firmen el consentimiento informado, una vez realizada esta acción. Se aplicará las siguientes pruebas para medir su nivel de síntomas y experiencias en duelo y en general. Primero se practicará el Inventario Breve



de 18 Síntomas para evaluar los constructos de malestar psicológico y síntomas psiquiátricos y conocer sus niveles de somatización, depresión y ansiedad, también se aplicará el Inventario de Salud General de Goldberg versión 12 ítems, el Inventario de Experiencias en Duelo (IED) y el Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado Traducido al castellano por García-García, Landa, Grandes, Mauriz y Andollo (2002). Se les dará 12 sesiones de Terapia Focalizada en la Emoción.

Los cuestionarios se aplicarán en tres ocasiones, la primera, en la sesión cero para conocer cómo se encuentran los individuos con relación a ansiedad, depresión, y ver si el duelo está tomando un camino hacia duelo complicado. Los test se aplicarán en este orden:

- Inventario Breve de 18 Síntomas (BSI-18)
- Inventario de Salud General de Goldberg ( versión 12 ítems)
- Inventario de Experiencias en Duelo (IED)
- Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado Traducido al castellano por García-García, Landa, Grandes, Mauriz y Andollo (2002).

Al comienzo de la sexta sesión, es decir, a la mitad de la terapia, se volverá a aplicar los cuestionarios en el mismo orden. Al finalizar la sesión doce, se aplicará los cuatro cuestionarios nuevamente, con el mismo orden.

### **Análisis de Datos:**

Para el análisis de los datos, se utilizará un programa estadístico conocido como SPSS. Para esto es importante identificar las variables a usar. La variable dependiente va a ser los cuatro test que se aplicarán a los participantes, tomando en cuenta que se aplicarán en un mismo orden durante la sesión cero, sesión seis y sesión doce. Así

mismo la variable independiente será el tiempo en el que se aplicará la terapia, en este caso 12 sesiones.

La prueba que se va a utilizar para visualizar resultados, será ANOVA, que nos ayudará a describir *main effects* presentes en cada prueba. Cabe recalcar, que se realizará un ANOVA por cada test aplicado a cada participante.

### **Consideraciones Éticas**

En esta investigación se respetará todas las consideraciones éticas relacionadas a estudios con personas. Los individuos que participarán de este estudio firmarán un consentimiento informado (Anexo B) en el cual se menciona cláusulas sobre la confidencialidad, autorización de los representantes legales (Anexo B) debido a que participan menores de edad. Dentro de los objetivos del estudio, es importante recalcar que la participación de los investigados es totalmente voluntaria, y si desean retirarse en algún momento durante la investigación están en absoluta libertad de hacerlo, toda la información se mantiene de forma anónima, de esta manera se evita cualquier tipo de daño o repercusiones negativas que puedan ser causa de este trabajo de investigación. Cabe recalcar que las consideraciones éticas están regidas bajo el reglamento de la Asociación Americana de Psicología (Fischer, 2014).

## RESULTADOS ESPERADOS

Para poder analizar los resultados se utilizará un programa que se conoce como SPSS, para poder obtener datos estadísticos. Tomando en cuenta a nuestras variables dependientes que pasarían a ser los test que se aplicarán a la persona: *Inventario Breve de 18 Síntomas (BSI-18)*, *Inventario de Salud General de Goldberg (versión 12 ítems)*, *Inventario de Experiencias en Duelo (IED)*, *Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado Traducido al castellano por García-García, Landa, Grandes, Mauriz y Andollo*; mientras que la variable independiente es el tiempo en el que se va a medir la efectividad de la terapia, en este caso, 12 sesiones.

Tomando en cuenta que al aplicar un pre-test y un post-test no necesito de un grupo control debido a que es el mismo sujeto en investigación a quien utilizamos como referencia para comparar si existió o no cambio alguno. De esta manera se puede denominar que utilizamos un diseño intra-sujeto al comparar a la misma persona al inicio, mitad y final del experimento.

Para poder visualizar mejor los resultados, utilizar una línea de tiempo es muy útil. Empezando por el día cero que sería la primera aplicación de los inventarios, continuando con lo que se realiza en cada sesión, en la sexta sesión también se utilizaría la aplicación de los test, y por último, la sesión número 12.

Al poder visualizar las variables, aplicaré una de las pruebas conocidas como ANOVA, la cual nos ayudará a describir los *main effects* de cada una de las pruebas aplicadas a los participantes. También utilicé la prueba de parejas, Tukey, para medir el efecto de la TFE, a medida que transcurre el tiempo.

Primero se aplicará el *Inventario Breve de 18 Síntomas (BSI-18)*, con el cual se realizará una prueba de ANOVA, en donde se buscará encontrar si existe efecto de la

terapia aplicada a medida que transcurre el tiempo. Se tomará el test el día cero y se espera encontrar que las personas marquen niveles elevados de ansiedad y depresión. El día 6, es decir a la mitad de la terapia, se volverá a tomar el mismo test, en el cuál se espera encontrar mejoría en los síntomas. Por último, en la sesión número doce, se le volverá a aplicar los mismos test y en el mismo orden y se espera observar que las personas muestren mejoría y reducción de síntomas en su mayoría.

En segundo lugar se aplicará el cuestionario *Inventario de Salud General de Goldberg (versión 12 ítems)*, para esto se utilizará una prueba de ANOVA, que servirá para conocer la vulnerabilidad al estrés, depresión y ansiedad. Con esto también se medirá el efecto de la terapia aplicada a través del tiempo, por medio de una prueba de parejas, en este caso Tukey. Con el análisis de los datos, se espera que sea fácil darse cuenta que los participantes mostrarán mejoría continua, desde el día cero hasta el día doce, tomando en cuenta que el test también se aplicará en la mitad de la terapia, es decir la sesión seis para conocer avances desde el día cero, en el cuál se espera que las personas muestren síntomas elevados, al llegar a la sesión seis se espera que la persona empiece a mostrar mejoría en sus síntomas y paso a paso hasta llegar a la sesión doce, se podrá notar que la persona obtendrá mejores resultados en los test.

En tercer lugar se tomará el *Inventario de Experiencias en Duelo (IED)* para poder medir la somatización, desesperanza, enfado, culpa, despersonalización y aislamiento social. En este caso, se utilizará la prueba estadística ANOVA, al igual que las pruebas anteriores, se utilizará Tukey para poder medir la manera en que las sesiones de terapia van generando efecto en el paciente, a través del tiempo. En el día cero, se espera que los pacientes muestren síntomas elevados de desesperanza, aislamiento y sobre todo la culpa. Tomando en cuenta estos resultados esperados, la terapia se focalizará en trabajar estos factores. Poco a poco durante el proceso de la terapia hasta

llegar a la sesión doce, se espera que los síntomas de desesperanza y aislamiento prácticamente ya no estén presentes, y que el individuo haya trabajado en la culpa hasta reducirla.

En cuarto lugar se aplicará *Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado Traducido al castellano por García-García, Landa, Grandes, Mauriz y Andollo*, indica que tan propensa la persona se encuentra acerca de complicación del duelo. Se aplicará un ANOVA, los resultados esperados, a medida que pasa el tiempo mostrarán dos posibilidades o el duelo se complica o va sanando. En este caso se espera observar que los participantes, al perder a un ser querido presentan posibilidades de tener un duelo complicado en el día cero, sin embargo al tomar el test en la cita número seis, se espera que las personas muestren una tendencia a ir procesando el duelo de una manera sana para ellos, con esto podemos llegar al día doce en el cual los resultados del cuestionario en el cual se espera que los participantes se halle fuera de riesgo de caer en duelo complicado.

Se espera encontrar estos resultados, debido a que en estudios en los que se ha aplicado la TFE en casos para anorexia nerviosa, en el cual la persona aprendió a manera sus experiencias internas y aprendió a manejar emociones no adaptativas para convertirlas en funcionales (Dolhanty & Greenberg, 2009). Así mismo la TFE para familias que atraviesan por problemas alimenticios, que los participantes aprendieron a manejar la angustia a través de sus emociones, y así mismo los padres aprendieron de la importancia de su apoyo en este proceso (Robinson, Dolhanty, Stillar, Henderson, & Mayman, 2016).

## DISCUSIÓN

Las emociones se convierten en la esencia de lo que es una persona, conocer cómo manejarlas, saber expresarlas es la base de la Terapia Focalizada en la Emoción (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004). Esta terapia enfatiza en el potencial adaptativo e innato que tiene la emoción, entendiendo que se convierte en el eje central de experiencia del *self* para que una persona tenga un funcionamiento adaptativo o no adaptativo (Greenberg, 2002).

En la adolescencia se presentan dificultades de regulación emocional, convirtiéndose en uno de los mecanismos centrales de problemas de ansiedad durante esta etapa (Mathews, Koehn, Abtahi, Kerns, 2016). Una de las circunstancias que puede causar esta desestabilización emocional, es la pérdida de un ser querido.

En este caso, los adolescentes, atraviesan un duelo mucho más intenso, debido a que las emociones en esta etapa están a flor de piel (Ocerinjaúregui et al., 2017). Por tal motivo, el presente estudio se ha realizado con el fin de descubrir ¿Cómo y hasta qué punto la Terapia Focalizada en la Emoción ayuda en el proceso de duelo en los adolescentes?

En la adolescencia ocurren muchos cambios a nivel físico, social y afectivo. Esto conlleva a que durante esta etapa, regular las emociones sea necesario para el individuo, tomando en cuenta también que el adolescente se encuentra en la búsqueda de independencia, autonomía y estabilidad emocional para poder descubrir su identidad (Gaete, 2015).

En este trabajo de investigación la metodología que se espera aplicar utilizará un diseño cuantitativo, el cual es aplicado a diez individuos de edades entre 14 y 16 años,

de esta forma se espera contestar la pregunta planteada acerca de la eficacia de la TFE para el proceso de duelo.

Dentro de esta investigación, se espera aplicar cuatro cuestionarios para conocer el estado en el que se encuentra el grupo de estudio de acuerdo a sus niveles de ansiedad, depresión, somatización y también para conocer como su duelo va avanzado, es decir si es un duelo normal o está tomando el camino para convertirse en un duelo complicado.

Se debe considerar la etapa de desarrollo por la que se está atravesando. El adolescente, se encuentra en una búsqueda de identidad, también quiere estar relacionado socialmente con sus amigos, por lo que empieza a buscar independencia de los padres y a mantener distancia con ellos (Gaete, 2015), sin embargo, cuando una pérdida de sus cuidadores primarios ocurre, los sentimientos de culpa aparecen.

El individuo se ve como alguien vulnerable por lo que prefiere no expresar su dolor y sus sentimientos, para no ser visto como alguien débil, de esta manera el adolescente prefiere renunciar a su duelo, para no mostrar que necesita ayuda de otra persona, para no sentirse vulnerable (Ocerinjáuregui et al., 2017).

Por ese motivo, en base a los resultados que se espera obtener, la TFE trabaja con la transformación de la emoción que presenta un funcionamiento no adaptativo, con esquemas que ayudan al individuo a desarrollar la capacidad de poder regularse a sí mismo. Las tareas planteadas por este tratamiento, buscan que la persona transforme sus esquemas emocionales que le están creando un funcionamiento no adaptativo que está generado por un dolor crónico (Dolhanty & Greenberg, 2009), en este caso, el duelo.

Como primer objetivo en la TFE, se busca aumentar la conciencia de la emoción, de esta manera, el individuo tiene la capacidad de ser consciente de sus

emociones y también de la de los demás. Como segundo objetivo, es que la persona se pueda regular emocionalmente, aprender a manejar emociones intensas, por último, se encuentra la transformación de la emoción, proceso por el cual se convierte a una emoción no adaptativa en adaptativa (Greenberg, 2004).

Conociendo estos objetivos, y tomando en cuenta los resultados esperados, al inicio de la terapia cuando se aplicó los cuatro test, Inventario de Salud General de Goldberg versión 12 ítems, el Inventario de Experiencias en Duelo (IED) y el Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado. Traducido al castellano por García-García, Landa, Grandes, Mauriz y Andollo en 2002 se espera visualizar en los resultados que en el día uno la persona va a mostrar elevados niveles de ansiedad, depresión y somatización, además que los cuestionarios acerca de duelo mostrarían sentimientos de culpa en una puntuación alta. Poco a poco, conforme va avanzando la terapia, se van aplicando los objetivos y la persona empieza a tomar conciencia de su emoción y así mismo empieza a manejarla para poder cambiar conductas que no son adaptativas en funcionales (Greenberg, 2004).

Cabe recalcar que durante el duelo la persona experimenta sentimientos como ira, culpa, enojo, desesperación, además de atravesar las etapas de duelo mencionadas por Kübler-Ross como la ira, negación, depresión y aceptación (Kübler – Ross & Kessler, 2005), las cuales se manifiestan de manera innata; a pesar de esto, y tomando en cuenta que el adolescente es un individuo sensible a cambios y que se encuentra en un aprendizaje de regulación, estas emociones pueden convertirse de un duelo normal en un duelo complicado.

Estudios han demostrado que la aplicación de la Terapia Focalizada en la Emoción, aplicado a problemas alimenticios como la anorexia ha sido de gran ayuda, ya que la experiencia interna de la persona aumenta y esto hace que su “voz anoréxica”



(crítica interna) vaya disminuyendo y se vaya volviendo menos fuerte. De la misma forma, la persona desarrolló la capacidad para poder auto-calmarse y transformar las emociones no adaptativas en funcionales y así mejorar su capacidad de recuperación (Dolhanty & Greenberg, 2009).

Para trabajar en este caso, la vergüenza, el enojo, la tristeza, el miedo se van transformando convirtiéndose en asertivos, de esta manera la persona empieza a aceptar la experiencia afectiva y el individuo va renunciando al trastorno alimenticio (Dolhanty & Greenberg, 2009).

Con la base en este experimento, y la literatura, se espera que la persona, en este caso el adolescente, pueda gestionar su experiencia, “dejándola ser” y tolerando esta experiencia para que el duelo cumpla con sus etapas y no se convierta en un duelo complicado, así mismo la persona aprenderá a transformar sus emociones como el enojo, miedo, pena en emociones asertivas que permitirán que la persona aprenda a manejarlas y por ende, tenga capacidad de regularlas.

Otro de los estudios, en el cual se ha aplicado TFE, es en el manejo de ansiedad en los adolescentes, en el cual la desregulación emocional que presentaban los participantes gracias a las intervenciones de la Terapia Focalizada en la Emoción de la Familia mostró mejoras en una magnitud elevada en el manejo de la emoción (Bloch, Bloch, & Guillory, 2011).

Por otro lado, utilizar la Terapia Cognitivo –Conductual focalizada en la Emoción para la ansiedad en los adolescentes demostró resultados en lo que los participantes tenía avances progresivos cuando se aplicaba la Terapia Cognitivo Conductual para trabajar la ansiedad, pero encontraron resultados a largo plazo y con

mayor eficacia, al enseñarles a regular sus emociones, y así mismo a un manejo adaptativo de las mismas (Suveg et al.,2018).

## **Conclusiones**

Para concluir, la Terapia Focaliza en la Emoción, como su nombre lo indica busca trabajar en la emoción de las personas, siendo esta fuente fundamental de significado para el ser humano. Básicamente, la terapia busca convertir las emociones que se vuelven no adaptativas para el individuo, en emociones funcionales, a través de la comprensión de las emociones que causan disfuncionalidades.

En la adolescencia, el individuo está sometido a muchos cambios emocionales, físicos y sociales, y sumado a esto, el adolescente busca poder encontrar su identidad. Por todos estos cambios, suelen presentarse desregulaciones emocionales. Poco a poco el individuo empieza a conocerse a sí mismo y a manejar estos desequilibrios. En esta etapa de desarrollo ocurren muchas pérdidas, no solo físicas, sino de amor, académicas, sociales, y esto causa dolor en la persona, haciendo que atraviese un duelo.

El duelo debe ir atravesando sus etapas para poder decir que está teniendo un duelo sano, muchas veces las personas se quedan “atrapados” en una etapa generando un duelo complicado. En la adolescencia, perder un ser querido genera culpabilidad en el individuo, ya que en esta etapa empiezan a tomar distancia de sus padres para pasar más tiempo con sus amigos.

La TFE, al tomar como base la emoción permite que el individuo encuentre sus propios mecanismos para poder asimilar emociones negativas, y que estas emociones que han estado causando desequilibrios en el individuo puedan convertirse en funcionales, sin

necesidad de tener que omitir u oprimir la emoción, sino más bien, aprendiendo a expresarla de manera adecuada.

### **Limitaciones del Estudio**

Dentro del estudio, las limitantes presentes son el número reducido de personas con el que se espera trabajar. Por este motivo, no se puede generalizar resultados a otras poblaciones. Así mismo, un limitante del estudio será la manera en la que los fallecimientos de los cuidadores principales han ocurrido, como, por ejemplo, el suicidio y en otros, muerte natural, porque algunas muertes pueden causar mayor impacto que otras, por ejemplo encontrar a un familiar suicidado causa mayor impacto en el individuo que alguien que tenía una enfermedad terminal y por ende se tiene mayor consciencia de que la muerte es algo que va a pasar pronto. El entorno al que se encuentra expuesto el adolescente influye bastante en la manera cómo avanza el proceso del adolescente, es decir, si victimizan al adolescente, o sigue en un ambiente no adaptativo, en donde toda su familia se encuentra atravesando un duelo complicado. En el caso del género masculino, había que romper con esta barrera social de que los hombres no lloran y que debían ser fuertes, porque esto hace que la persona bloquee las emociones y no pueda expresarlas, por ejemplo, no pueda expresar tristeza a través del llanto, sino simplemente prefiera ignorar lo que está sintiendo. Las dificultades de comprensión de la emoción resultarán ser uno de los retos más fuertes de trabajar, porque la persona debe entender que expresar una emoción está bien, así sea ira, miedo, tristeza, y no solamente es válido expresar emociones como alegría, felicidad, sino que lo importante también es sentir estas emociones negativas y saber cómo manejarlas.

### **Recomendaciones para Futuros Estudios**

Como futuras recomendaciones para trabajos similares sería que se pueda aplicar a una población con mayor cantidad de participantes y de distintos colegios de la zona que han atravesado por procesos de duelo. Además, se debe tomar en cuenta la intensidad de la pérdida y a quién está perdiendo, por ejemplo un joven que encontró a su papá suicidado o un joven que ha terminado con su primera novia, sería mejor analizar duelos similares, es decir formar grupos que tengan pérdidas en común. Aplicaría así mismo, la Terapia Focalizada en la Emoción para Familias, para que de esta manera el individuo sienta que sigue siendo parte de un grupo de personas que lo apoyan, además de transformar esa idea de “estoy solo”. Sería importante también poder realizar un estudio en el cual se tome muestras de distintas clases sociales. Un factor a tomar es el lugar y la manera en que recuerda a la persona.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Amstadter, A., & Vernon, L. (2008). Emotional Reactions During and After Trauma: A Comparison of Trauma Type. *Aggress Maltreat Trauma*, 391-408. Recuperado el 3 de Mayo de 2018, de Emotional Reactions During and After Trauma: A Comparison of Trauma Type
- Barreto, P., de, I. T., & Pérez-Marín, M. (2012). DETECCIÓN DE DUELO COMPLICADO. *Psicooncología*, 9(2), 355-368. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1432297384?accountid=36555>
- Bloch, L., & Guillory, P. (2011). The Attachment Frame is the thing: Emotion-Focused Family Therapy in Adolescence. *Journal of Cople & Relationship Theraphy*, 10(3), 229-245. doi:10.1080/15332691.2011.588090
- Blow, A., Fraser, A., Wittenborn, A., & Gorman, L. (2015). Relationship Problems and Military Related PTSD: The Case for Using Emotionally Focused Therapy for Couples. *Contemporary Family Therapy*, 37(3). doi:<https://doi.org/10.1007/s10591-015-9345-7>
- Brabete, A. (2014). Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*(37), 11-29.
- Coleman, J. (2003). *Psicología del Adolescente*. Morata, S.L.
- Consejo General de la Psicología España. (2013). *Evaluación del Cuestionario. Inventario Breve de 18 Síntomas*. Madrid. Recuperado el 20 de Noviembre de 2018, de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2015/BSI-Pearson.pdf>

- Dolhanty, J., & Greenberg, L. (2009). Emotion-Focused Therapy in a Case of Anorexia Nerviosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 366-382.  
doi:10.1002/cpp.624
- Elliott, R., Watson, J., Goldman, R., & Greenberg, L. (2004). *Learning Emotion - Focused Therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Elliott R , Greenberg, L. Lietaer, G.( 2004). Research on Experiential Psychotherapy. In M.Lambert (Ed.) Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy & Behavior Change. (pp 493-539) N.Y. Wiley.
- Elliott, R., Rodgers, B., & MacLeod, R. (2012). Process-experiential/emotion-focused therapy for social anxiety: A hermeneutic single-case efficacy design study. *Psychotherapy Research*, 22(1).  
doi:<https://doi.org/10.1080/10503307.2011.626805>
- Elliott, R., Watson, J., Goldman, R., & Greenberg, L. (2013). *Learning Emotion-Focused Therapy*. Washington D.C: American Psychological Association.
- Elliott, R., & Greenberg, L. (2016). *Emotion-focused therapy*. Maidenhead: McGraw-Hill/Open. Recuperado el 20 de Septiembre de 2018, de [https://strathprints.strath.ac.uk/61216/1/Elliott\\_Greenberg\\_McGraw\\_Hill\\_OUP\\_2017\\_Emotion\\_focused\\_therapy.pdf](https://strathprints.strath.ac.uk/61216/1/Elliott_Greenberg_McGraw_Hill_OUP_2017_Emotion_focused_therapy.pdf)
- Fernández, A. (2014). Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorística. *Educar*, 50(2), 445-466. Recuperado el 09 de Octubre de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/3421/342132463011.pdf>

- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2002). La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Revista Iberoamericana De Educación*, 29(1), 1-6.
- Fischer, C. (2014). *Decoding the Ethics Code. A practical Guide for Psychologist*.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo Psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6). doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- García-García, J., Landa, V., Trigueros, M., & Gaminde, I. (2001). Inventario de experiencias en duelo (IED). Adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 27(2). Recuperado el 20 de Noviembre de 2018, de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656701787793>
- Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2015). Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change. Washington, DC, US: American Psychological Association.<http://dx.doi.org/10.1037/14523-000>
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. K. (1993). Facilitating emotional change: The moment-by-moment process. New York, NY, US: Guilford Press.
- Greenberg, L. S. (2002). Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Greenberg, L. (2004). Emotional - foused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1). doi:<https://doi.org/10.1002/cpp.388>
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). Emotion-focused therapy for depression. Washington, DC: American Psychological Association.

- Greenberg, L. & Goldman, R. (2008) *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love and power*. Washington, D.C. APA Press.
- Greenberg, L. (2010). Emotion-Focused Therapy: An Overview. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 1-12.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association. Washington, DC.
- Greenberg, L. (2014). *Emociones: Una guía interna*. Bilbao: Descleé de Brouwer, S.A.
- Greenberg, L., Elliott, R., & Pos, A. (2015). La Terapia Focalizada en Emociones: Una visión de Conjunto. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 2(1).
- Iglesias, A., Rosas, M., & Pimentel, B. (2007). Adolescencia y Duelo. *Revista Científica Electrónica de Psicología*(4). Recuperado el 3 de Mayo de 2018, de [https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI\\_PrevAten/Anto\\_Igle/1.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_PrevAten/Anto_Igle/1.pdf)
- Iglesias, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 2(XVII), 88-93. Recuperado el 17 de Noviembre de 2018, de <https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/07/Desarrollo-del-adolescente.pdf>
- Johnson, S., Maddeaux, C., & Blouin, J. (1998). Emotionally focused family therapy for bulimia: changing attachment patterns. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(2), 238-247. doi:10.1037/h0087728
- Johnson, S. (2018). *International Centre for Excellence in Emotionally Focused Therapy*. Recuperado el 12 de 04 de 2018, de <http://drsuejohnson.com/emotionally-focused-therapy-2/what-is-eft/>



- Kübler – Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. New York: Scribner.
- Leahy, R. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9 (3), 177-190.
- Limonero, J., Lacasta, M., García, J., Maté, J., & Prigerson, H. (2009). Adaptación al castellano del Inventario de Duelo Complicado. *Medicina Paliativa*, 291-297.
- López, M. (2015). ¿Entendemos los adultos el duelo de los niños? *Acta Pediátrica Española*, (págs. 27-32). Madrid.
- MacIntosh, H., & Johnson, S. (2008). Emotionally Focused Therapy for Couples and Childhood Sexual Abuse Survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(3). doi:10.1111/j.1752-0606.2008.00074.x
- Mateu, C., Siges, D., & Herdoiza, P. (2010). Psicoterapia y emoción, un diálogo abierto con Leslie Greenberg. *Información Psicológica*, págs. 177-188.
- Najafi, M., Akbar, A., Ahmadi, K., Javidi, N., & Hoseini, E. (2015). The Effectiveness of Emotionally Focused Therapy on Enhancing Marital Adjustment and Quality of Life among Infertile Couples with Marital Conflicts. *International Journal of Fertility & Sterility*, 9(2). doi:10.22074/ijfs.2015.4245
- Ocerinjauregui, B., García, E., González, F., García, J., Blanco, V., & Landa, V. (2017). *Guía sobre el duelo en la Infancia y la Adolescencia*. Colegio de Médicos de Bizkaia.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado el 10 de 04 de 2018, de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Organización Mundial de la Salud*.

Recuperado el 03 de Octubre de 2018, de Salud de la Madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo del Adolescente:

[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)

Papalia, D., Feldman, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. México: McGraw Hill.

Robinson, A., Dolhanty, J., & Greenberg, L. (2013). Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Clinical Psychological & Psychotherapy*, 22(1). doi:<https://doi.org/10.1002/cpp.1861>

Robinson, A., Dolhanty, J., Stillar, A., Henderson, K., & Mayman, S. (2016). Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders Across the Lifespan: A pilot Study of 2-Day Transdiagnostic Intervention for Parents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14-23.

Rogers, C. y Rosenberg, C. (1981) *La persona como centro*. Barcelona: Herder.

Parkes, C.M., (2006) *Love and loss: The roots of grief in adult life*. Nueva York. Routledge.

Sawyer, S., Afifi, R., Bearinger, L., Blakemore, S., Dick, B., Ezeh, B., & Patton, G.

(2012). Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*(379), 1630-40.

Recuperado el 03 de Octubre de 2018, de

<https://pdfs.semanticscholar.org/3638/5af1a8dacc0529639a3682837575eff24e1e.pdf>

Sawyer, S., Azzopardi, P., Wickremarathne, D., & Patton, G. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 2(3), 223-228.

- Suveg, C., Jones, A., Davis, M., Jacob, M., Morelen, D., Thomassin, K., & Whitehead, M. (2018). Emotion - Focused Cognitive - Behavioral Therapy for youth with anxiety disorders: A randomized Trial. *J. Abnorm Child Psychol*, 569-580.
- Timulak, L., & McElvaney, J. (2016). Emotion-Focused Therapy for Generalized Anxiety Disorder: An Overview of the Mode. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(1), 41-52. doi:<https://doi.org/10.1007/s10879-015-9310-7>
- Vedia, V. (2016). Duelo patológico. Factores de Riesgo y Protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 6(2).
- Worden, J. (2013). *El tratamiento del Duelo. Asesoramiento Psicológico y Terapia*. España: Springer Publishing Company, Inc.

## **ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes**

Estimado Participante:

Ha sido seleccionado para formar parte de una investigación con el tema: Terapia Focalizada en la Emoción para tratar duelo en adolescentes.

La siguiente investigación consiste en doce sesiones de terapia, en la cual se va a trabajar con el adolescente para procesar las emociones presentes por el duelo. Se tomará cuatro cuestionarios para medir ansiedad, depresión, somatización y conocer el estado de duelo en el que se encuentra. Estos cuatro inventarios serán aplicados por tres ocasiones. El día cero, antes de empezar las sesiones, el día seis, a la mitad de la terapia, y al finalizar la sesión doce, cuando se culmine la terapia.

Estos resultados están totalmente disponibles, si desea conocer los resultados.

Es importante recalcar que la participación es completamente voluntaria, y puede salirse del estudio en cualquier momento que desee.

Para cualquier pregunta adicional, puede contactarme a los datos que presento a continuación

Atentamente,

Daniela Álvarez Loján

+593994219682

[dalvarezl@outlook.com](mailto:dalvarezl@outlook.com)

## ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado



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

**Universidad San Francisco de Quito**

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

### Formulario Consentimiento Informado

**Título de la investigación:** Terapia Focalizada En la Emoción  
**Organización del investigador** Universidad San Francisco de Quito  
**Nombre del investigador principal** *Daniela del Rocío Álvarez Loján*  
**Datos de localización del investigador** +593994219682, dalvarezl@outlook.com.

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

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

Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre \_\_\_\_\_ (describir estudio) porque \_\_\_\_\_ (criterio de inclusión).

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

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

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

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

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

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y \_\_\_\_\_ tendrán acceso.

2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio *(si aplica)* ó

2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo *(si aplica)*

3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

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

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

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

#### **Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono \_\_\_\_\_ que pertenece a \_\_\_\_\_, o envíe un correo electrónico a \_\_\_\_\_

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

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

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

|   |       |
|---|-------|
| Firma del participante  | Fecha |
| Firma del testigo <i>(si aplica)</i>                            | Fecha |
| Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado |       |

|                        |       |
|------------------------|-------|
| Firma del investigador | Fecha |
|------------------------|-------|