

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Terapia Cognitiva Conductual y Terapia Emocional para el
Tratamiento de la Ansiedad: Estudio de Caso**
Análisis de Caso

Adriana María Fornasini García

Psicología Clínica

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

Quito, 21 de abril de 2019

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

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Terapia Cognitiva Conductual con Terapia Emocional para el Tratamiento de
la Ansiedad: ESTUDIO DE CASO**

Adriana Fornasini García

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Teresa Borja, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 21 de Abril de 2019

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: Adriana Fornasini García

Código: 00009006

Cédula de Identidad: 1709423006

Lugar y fecha: Quito, 21 de abril de 2019

RESUMEN

El presente trabajo busca mostrar la efectividad en un estudio de caso, en donde se combina la terapia cognitiva conductual con terapia enfocada en la emoción, usando silla vacía para el tratamiento terapéutico de la ansiedad. La motivación surge de la necesidad de lograr que la paciente cambie creencias desadaptativas de la madre utilizando técnicas cognitivas conductuales, pero también trabajando de forma más profunda con la técnica de silla vacía en donde se genera una conversación con la madre enfocada en cuestionar críticas rígidas y descalificantes a la paciente. Las cuales hacían que las creencias desadaptativas del mundo y de sí misma se encuentren fuertemente arraigadas. Con este trabajo se pretende motivar al terapeuta a que pueda usar varias técnicas cuando una sola puede resultar limitante y expandir la posibilidad de usar los recursos que sean necesarios con el fin de ayudar al paciente. Se observa que la paciente con un test pre y post terapia baja sus niveles de ansiedad al haber tenido el proceso terapéutico mencionado

Palabras Claves: *Terapia Cognitiva Conductual, Terapia Enfocada en la Emoción, Terapia Emocional, Silla Vacía, Ansiedad, Estudio de Caso.*

ABSTRACT

The next work is looking to show the effectivity of the combination of cognitive behavioral therapy with emotional focus therapy using empty chair, for the therapeutic treatment of anxiety. The motivation arises with the need of achieving changes in the maladaptive believes of the patient that generates anxiety originated the mother parenting speech. For that it has been use cognitive behavioral technics, but also the empty chair technique creating a conversation with the mother trying to question rigid and disqualifying critics to the patient that generated that negative beliefs of the world and a bad self-concept have been strong rooted in the client. A goal of this work is to motivate therapists to use more than one technic when just one vision can result a limiting to de development of the treatment, having as a priority the improvement of the patient. It is noted with a pre and posttest therapy, that the levels of anxiety low down after the proposal therapy.

Key words: Cognitive Behavioral Therapy, Emotional Focus Therapy, Empty Chair Technique, Anxiety, Anxiety Disorder, Therapy.

TABLA DE CONTENIDO

CREAR EL INDICE

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Planteamientos del problema	7
Objetivos y pregunta de investigación.....	8
Justificación	8
Marco teórico	9
Diseño y Metodología	52
Diseño	52
Instrumentos o materiales	52
Procedimiento de recolección de datos	53
Consideraciones éticas	80
Discusión	80
Fortalezas y limitaciones de la propuesta	80
Recomendaciones para futuros estudios	81
Referencias	82
ANEXOS A: Formulario de Consentimiento informado	84

Terapia Cognitiva Conductual con Terapia Emocional para el Tratamiento de la Ansiedad: ESTUDIO DE CASO

Planteamiento del problema

El problema que se investiga es la eficacia de la terapia cognitiva combinada con terapia enfocada en la emoción, con silla vacía, para bajar la ansiedad en un estudio de caso. La paciente con la que se aplicará la investigación es una paciente que presenta rasgos de ansiedad, según el manual DSM V se observa rasgos de un trastorno de ansiedad que van de la mano con una compulsión de atracones. La paciente no está específica en lo que pide al terapeuta en la demanda inicial, sin embargo, a medida que se va avanzando se observan rasgo de un bajo auto concepto, miedo al rechazo, ciertos rasgos, paranoides, necesidad de llamar la atención continuamente, sino se siente descalificada como persona. Constantemente está buscando en el exterior la aceptación de alguien para encontrar su identidad y sentir su valía, cuando esto no sucede siente miedo y ansiedad. La ansiedad ha llegado a tal punto en donde no hace falta un suceso específico la paciente tiene interpretaciones de la realidad desadaptativos en donde constantemente cree que no vale y que es rechazada por todos. Estas creencias les dan una susceptibilidad a las reacciones negativas del resto hacia ello haciendo que cuando varias cosas se unan ella reacciones compulsivamente comiendo en exceso para disminuir el malestar. Las creencias dañinas de la paciente vienen dadas de violencia familiar en donde la madre ha utilizado actos de agresión física y psicológica creándole una identidad distorsionada, teniendo miedos constantes hacia la desvalorización, el pecado, la crítica, la gordura y no ser lo suficientemente buena.

El problema se origina al observar que el uso de una sola técnica psicológica resulta limitante para ayudar a la paciente a solucionar los síntomas y el malestar inicial. Se observa que sus problemas no surgen únicamente de interpretaciones desadaptativas como se menciona en la terapia cognitiva y que en efecto hay una mala construcción de las creencias nucleares como se menciona en la terapia constructivista pero que además hay una situación actual de mala relación con la madre y problemas en la afectividad que sería conveniente trabajarlos con técnicas de silla vacía como se menciona en la terapia gestáltica

El problema radica en la dificultad de trabajar con rasgos ansiosos que van de la mano con problemas emocionales no resueltos, Por lo que se busca combinar la terapia cognitiva con la terapia enfocada en la emoción para generar cambios más profundos en relación con el sujeto que promueve la construcción de la identidad dañina y de las interpretaciones desadaptativas.

Objetivos y pregunta de Investigación

El objetivo general que se quiere conseguir es observar la combinación de técnicas terapéuticas para el trabajo de la ansiedad en un estudio de caso. Los objetivos específicos son observar en un estudio de caso como la combinación de técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual con la Terapia Enfocada en la Emoción ayudan a la paciente a reducir la ansiedad. La pregunta de la investigación es: ¿Cómo y hasta qué punto la terapia cognitiva, combinada con terapia emocional aplicando silla vacía reduce la ansiedad en un estudio de caso en donde la paciente tiene conflictos emocionales con la madre?

Justificación

Este estudio se da para entender a profundidad el proceso terapéutico de una paciente que presente una mezcla de síntomas relacionados a la ansiedad, compulsión de comer en exceso y un bajo auto concepto por las continuas críticas de la madre. Este cuadro surge de la infancia de la paciente y de las experiencias negativas vividas por ella que van formando una estructura mental dañina, sumada a una afectividad tergiversada. La paciente muestra percepciones cognitivas con contenidos paranoicos, con bajo auto concepto y miedo. Muchos de estas construcciones surgen de la madre, que constantemente la descalifica y critica. Por lo que se empieza trabajando con terapia cognitiva conductual, observándose que hace falta algo más una terapia que permita a la paciente resolver los problemas afectivos con la madre. Por lo que se usa silla vacía como otra herramienta para lograr bajar los síntomas de la paciente. En la silla vacía la paciente logra decirle a la madre lo que siente y cuestionar las creencias que ella le inculca y que le ha producido daño, durante estos años. Por lo que se postula que una sola terapia no es suficiente para ayudarle a la paciente y se quiere observar como la combinación de dos terapias es un recurso óptimo en ciertos casos. Este estudio aporte a terapeutas que se encuentren con casos similares en donde para bajar la fuerza de ciertas creencias desadaptativas se necesita de otras herramientas como es la terapia enfocada en la emoción con silla vacía en donde se cuestionan estas creencias desde su origen que en algunos casos son los padres. En el momento que se solucionan problemas emocionales con los padres, la fuerza de las creencias puede bajar. El trabajo únicamente con terapia cognitiva conductual no basta para sanar problemas relacionales con la madre. Por lo que se propone la combinación de técnicas terapéuticas para mejorar el estado de la paciente.

Marco Teórico

El Trastorno de ansiedad, es un estado de confusión mental que va de la mano con una sensación de falta de control en las respuestas del comportamiento, presentando síntomas fuertes o más ligeros que se dan a partir de interpretaciones cambiadas de la realidad, es decir la interpretación que se da de los hechos que suceden, son mayores o con una visión exagerada de lo que pasa en concreto (Luengo, 2003). La persona que experimenta el trastorno de ansiedad no tiene control emocional, cognitivo y de sus acciones, yendo de la mano con interpretaciones en donde se ve al mundo con sesgos negativos y deformaciones cognitivas (Luengo, 2003). La intensidad que se observa cambia según la persona, en algunos casos la persona inclusive puede llegar a tener ataques de pánico o fobias intensas con respuestas de huida, falta de control de las ideas, reacciones físicas importantes, también puede ir acompañado de angustia, malestar físico y aceleramientos de los signos vitales (Luengo, 2003). A partir de esto se puede decir que cada persona reacciona con distintos matices de intensidad (Luengo, 2003). La evolución del proceso ansioso se da porque el individuo carece en un momento dado de los recursos suficientes para manejar una situación que le desestabiliza, por lo que no se da una respuesta desde el razonamiento, sino desde la emocionalidad, lo cual después va en aumento produciendo en la persona ansiedad (Luengo, 2003).

Algunas de las características de la ansiedad son respuestas relacionadas a las respuestas afectivas con una visión negativa del futuro y respuestas corporales en donde el cuerpo está tenso (Barlow y Durand 1999). Hay una relación entre depresión y ansiedad, que suele aparecer cuando la persona siente que lo que ocurre alrededor no lo puede controlar o no tiene los recursos necesarios (Barlow y Durand 1999). La ansiedad es una sensación desagradable, pero que puede verse presente constantemente en la vida de las personas

(Barlow y Durand 1999). En algunos casos la ansiedad puede ser una emoción necesaria y funcional, ya que las personas por medio de esta pueden responder de la forma que el ambiente demanda, siempre y cuando el nivel de ansiedad se presente de forma mesurada (Barlow y Durand 1999). Puede promover a que los individuos se esfuercen más dando lo mejor de sí mismos, por ejemplo, puede ser útil para estudiar cuando se presenta un examen difícil, lo cual sin ansiedad probablemente no daría iguales niveles de esfuerzo. Además, también impulsa a un mayor desempeño en la parte física y mental de las personas (Barlow y Durand 1999). Por otro lado, una ansiedad manejable ayuda a que los individuos se preocupen por el futuro y por lo que van a hacer más adelante (Barlow y Durand 1999). La dificultad con la ansiedad se fundamenta en el exceso de la intensidad, que genera miedos desmedidos de que la persona no va a poder manejarse adecuadamente a futuro, o en las actividades que tiene que desempeñar (Barlow y Durand 1999). La persona puede tener un miedo muy alto, a pesar de que no haya algo real a que tenerle miedo, esto es lo que convierte a la ansiedad en una situación grave (Barlow y Durand 1999). La persona puede saber que no hay algo tangible o comprobable a que tenerle miedo, pero a pesar de eso no puede controlar lo que siente (Barlow y Durand 1999). El miedo que tiene la persona ante lo que sucede va acompañado de una sensación de peligro que produce una necesidad de escape, se da por la respuesta de la rama simpática del sistema nervioso autónomo (Barlow y Durand 1999).

Una de las situaciones que pueden ir de la mano con el trastorno de ansiedad es el ataque de pánico, el cuál es una respuesta acelerada de miedo o malestar, que va de la mano con reacciones físicas como aceleramiento en las palpitations del corazón, mareo, dolor en el tórax y aceleración del pulso (Barlow y Durand 1999). Según el DSM IV se presentan 3 tipos de ataques de pánico, el primero que se vincula con la situación vivida, otro que se da

de forma inesperada y el tercero cuando ya existe una predisposición a una situación (Barlow y Durand 1999). El ataque situacional se da cuando la persona se expone ante algo en específico y es lo que dispara el ataque de pánico (Barlow y Durand 1999). El segundo tipo en cambio aparece de forma súbita e inesperada en cualquier momento, sin que la persona se lo espere. Y el tercer tipo de ataque de pánico aparece cuando la persona ya tiene una predisposición previa ante una situación que ya le produjo un ataque de pánico antes, por lo que el miedo surge ante la idea de que se pueda volver a repetir la reacción anterior temida (Barlow y Durand 1999). Dentro de un tratamiento para la ansiedad es importante trabajar con las distorsiones mentales del paciente que en la mayoría de los casos se vinculan con las reacciones de ansiedad del paciente. En estos casos hay una percepción de la realidad que no es realista, que surge desde la subjetividad del paciente y que producen una manera de sentir desagradable (Luengo 2003).

Las percepciones desadaptativas de la realidad surgen de procesos del pensamiento de la persona, en donde puede haber existido un análisis que no resulta adaptativo a la realidad, por lo que genera los síntomas de ansiedad. Estas distorsiones van de la mano con este tipo de respuestas: una tendencia a ser negativos, percepciones de que lo real es raro y una confusión del entorno y de sí mismos, acompañado en algunos casos con problemas de memoria (Luengo 2003).

Las formas más características de distorsión en la ansiedad son las siguientes:

- 1) Pensamiento dicotómico (todo o nada): Posturas rígidas ante lo que sucede, dificultad para ver las cosas desde una postura más flexible o carecer de perspectivas en donde se puedan relativizar las vivencias. Esta manera de ver las cosas produce una manera fatalista de percibir los sucesos que experimenta la persona, ya que hay ideas

de que las cosas que suceden son terribles y no tienen solución, por lo que la persona puede creer que ante ciertos síntomas puede perder la cordura o que el ataque de pánico nunca va a acabar. En el trabajo de terapia se le hace ver a la persona que el momento de ansiedad o de pánico va a pasar, que son ciclos y que hay solución para lo que le está pasando (Luengo, 2003).

2) Hipergeneralización: Esto consiste en llevar una situación negativa a todos los ámbitos, experimentándola como algo rígido que no puede ser de otra forma, Este pensamiento desadaptativo impulsa a que la ansiedad suba, tiene una lectura interna de que si siente ansiedad siempre va a ser así y no se puede cambiar (Luengo, 2003).

3) Inferencias arbitrarias: (razonamiento emocional): La persona tiene una sensación y cree que esa es la realidad. Por lo tanto, sus percepciones nacen de las emociones y no de un razonamiento lógico. Por lo general sus sensaciones son desagradables y eso lo lleva a tener creencias de la realidad negativas o de miedo irracional. A partir de las emociones da lectura a la realidad (Luengo, 2003).

4) Conclusiones precipitadas: Esto se refiere a sacar conclusiones de forma acelerado, sin un análisis más profundo. La persona saca conclusiones de la realidad a partir de experiencias pasadas negativas, sin creer que las cosas puedan cambiar o ser diferentes. Este tipo de reacciones ya se vuelven automáticas y se dan de forma precipitada y como si fuera una ley (Luengo, 2003).

5) Magnificación-minimalización: Es una manera de ver la realidad en donde la persona aumenta la gravedad de las cosas, especialmente sus propias equivocaciones. Por lo que sus errores son llevados a niveles de exageración y fatalismo. Del otro lado

existe la tendencia a reducir sus propios aciertos y virtudes, generando una dificultad en la terapia porque el mismo paciente no se valora a sí mismo.

6) “Tengo que psíquico: Consiste en creer que todo lo que se hace es de suma importancia, incluidos los errores, por lo que la persona siente una continua presión sobre sí mismo. Esta percepción produce culpa en el paciente, baja autoestima, se cree criticado y se autocritica. Por lo que por cada error se autocastiga a sí mismo y es muy duro en su interior, teniendo un pobre auto concepto (Luengo, 2003).

7) Etiquetado Erróneo: Es una percepción de sí mismo como si los errores cometidos, no tuvieran solución, serían incorregibles, etiquetándose a sí mismo a partir de esos errores, pensando que no puede mejorar. Este pensamiento desadaptativo genera un sentimiento de que no puede ser diferente y que es esclavo de sus errores (Luengo, 2003).

8) Personalización: Es una percepción errada de la realidad, en donde la persona se percibe a sí mismo como el centro de todo, por lo que se da gran importancia y aumenta mentalmente la gravedad de sus errores. Esta cognición hace que la persona crea que afecta siempre directamente a su entorno, influyendo mucho en todo, por lo que tiene gran culpa y malestar (Luengo, 2003).

Dentro del tratamiento para la ansiedad de la terapia cognitiva, se necesita explorar cual es la forma de ver el mundo del paciente, para entender como es su caso clínico y trabajar específicamente en cada punto (Luengo, 2003). Dentro de las percepciones distorsionadas del paciente, encontramos las siguientes distorsiones cognitivas de segundo orden:

- Sentimiento de Auto abandono: Este punto se refiere a un descuido del paciente en su imagen, higiene, estética, cuidado personal y en las relaciones que tiene con otras personas. La persona está tan enfocada en su ansiedad que no logra concentrarse en otros aspectos de su vida, este comportamiento es similar al que se da en la depresión (Luengo, 2003).
- Miedo al efecto: El paciente siente ansiedad alrededor de la terapia por las altas expectativas que tiene (Luengo, 2003).
- Tristeza subjetiva por la situación personal: Dolor y tristeza constante por la situación que vive, pensando que el resto de las personas están felices y tienen una vida libre de la ansiedad. La tristeza que vive el paciente va acompañada con sentimientos de lástima hacia sí mismo y la creencia de que no va a poder salir de la situación, lo cual hace que sea difícil a se habrá a ideas positivas que recibe de otros (Luengo, 2003).
- Sensación de maltratar a su entorno inmediato: La persona siente que por sus síntomas y su situación de ansiedad genera malestar en su entorno, en su familia y en las personas que le rodean, por lo que esto exagera su ansiedad siendo este otro punto de malestar. Para manejar esto el paciente puede tener la tendencia de evitar a los que le rodean o de sentir mucha culpa. malhumor y hasta rechazo al entorno.
- Incomodidad en la comunicación del trastorno al entorno: Por causa del poco conocimiento del entorno a los trastornos de ansiedad, el paciente se siente aislado y poco entendido al percibir que las personas de su alrededor lo presionan diciendo que

no pone de su parte y que el problema se da por la falta de voluntad. Por esta situación el paciente se siente mal consigo mismo y con las personas que lo rodean, al sentirse incomprendido. Esto produce más ansiedad, agresividad y distanciamiento con las personas, llevándolo a aislarse (Luengo, 2003).

- Sentimiento de soledad “trágica”: La persona que vive esta situación tiene un sentimiento de abandono y soledad al percibir que el resto no le entiende y al creer que él es el único que vive este tipo de situación. Esto va de la mano con la sensación de ansiedad que tiene y la creencia de que no va a lograr salir de la situación que vive.

- Miedo a existir sin el problema: A pesar del malestar que siente el paciente se identifica con el problema como parte de su identidad, lo cual hace que se sienta seguro en su identidad a partir de lo que vive y lo que le pasa. Además, hay miedo a lo que vendrá después de solucionar el problema, porque es algo nuevo que tendrá que manejar. Todo esto sumado a que de alguna forma la condición que vive tiene beneficios secundarios. Estos beneficios son el no tener que asumir grandes responsabilidades por su condición y no tener que asumir el control de su vida como otros individuos (Luengo, 2003).

- Sensación de poseer un yo fuera de la realidad: La persona se siente desconectada de la realidad por los síntomas que vive. Por lo tanto, cualquier tiempo de ayuda la siente distante e irreal. El ensimismamiento que vive refuerza su forma de pensar, ya que cree que su forma de ver el mundo es lo único real (Luengo, 2003).

-Enojo ante la propia vulnerabilidad: Cuando el paciente se da cuenta de su problema y pide ayuda, se siente vulnerable al ver que el mismo no puede ayudarse solo y que

necesita de un terapeuta. Lo cual le hace sentir que no es libre y se siente agresivo consigo mismo al pensar que el debería poder solo (Luengo, 2003).

- Miedo a ser un loco o un enfermo mental: Miedo a que lo que le pasa vaya en aumento al no tener una explicación clara o un entendimiento de lo que está pasando.

Miedo a que la situación empeore con el tiempo. Parte de las características del paciente con ansiedad es el pensamiento trágico por lo que esto exagera la idea de que las cosas no mejorarán y se volverá loco. Todas estas creencias y el miedo a la locura empeoran el estado de ansiedad del paciente (Luengo, 2003).

-Miedo a un progresivo deterioro de la vida personal: El paciente tiene ideas negativistas donde piensa que cada vez su vida irá empeorando y terminará de forma fatal, al ver el deterioro que le produce su condición. Existe una idea de que cada día está peor y que no existe solución para lo que le pasa. Además, que se compara con otras personas que no tienen esta condición y esto le genera un alto grado de frustración (Luengo, 2003).

- Miedo a confesar el problema: La persona que sufre de ansiedad tiene miedo a contarle su problema al terapeuta por el miedo de que le dé un diagnóstico fatídico e irreversible por lo que trata de minimizar el problema, por el miedo a recibir peores noticias de lo que ya vive (Luengo, 2003).

- Miedo al miedo: Una de las características del paciente con ansiedad es que tiene una actitud sobre vigilante a cualquier posibilidad de experimentar ansiedad o a cualquier situación que lo haga sentir incómodo, por el miedo a tener que lidiar con situaciones no controladas. Sin embargo, esto produce un miedo irracional a situaciones que aún no han pasado (Luengo,2003).

- Miedo a tener un arrebato: El individuo con ansiedad tiene miedo a que hablar de las situaciones difíciles en terapia desencadenen un ataque de pánico o un arrebato de ansiedad que no pueda controlar. Esto se da porque dentro de las situaciones que vive el paciente con ansiedad se dan cambios en el estado de ánimo de forma súbita e incontrolable, sin que la persona pueda hacer algo para manejar sus miedos o percepciones negativas (Luengo, 2003).

Existen también distorsiones cognitivas que generan en el paciente una resistencia hacia la terapia:

-Ansiedad hacia la terapia, en donde el paciente desconfía en el fondo que la terapia le pueda ayudar, así que esconde incredulidad de que alguien le pueda ayudar y le logre entender interiormente, siente pena por el terapeuta porque se ve a sí mismo como alguien que va a fracasar en el proceso, miedo a que el terapeuta cuente los secretos que se trabajan en la terapia, duda de la efectividad de la terapia, miedo a que no funcione, miedo a que pase algo malo durante el tratamiento, miedo a que el tratamiento empeore sus síntomas y avidez de que las cosas mejoren rápido. Todo esto genera mayores dificultades para el trabajo con el paciente con ansiedad.

-Después de puntualizar cada uno de los síntomas de la persona con ansiedad, lo que se intenta en la terapia según Luengo (2003) es ir neutralizando cada una de las distorsiones. El primer paso a seguir es cambiar o redirigir el pensamiento ilógico. Se

debe tener cuidado de darle al paciente mensajes que incrementen su negativismo, se lo debe reforzar con mensajes positivos y de esperanza en su mejoría (Luengo, 2003).

Por medio del diálogo de lo que vive el paciente interiormente se trabaja con la persona, hasta ir topando cada punto de sus creencias e irlo modificando hacia creencias adaptativas (Luengo, 2003). Lo que se quiere lograr por medio de la terapia es que las creencias desadaptativas que le hacen sentir mal al paciente se vayan modificando hacia pensamientos más funcionales, que le permitan sentirse mejor y ser funcional en su medio. Tomando en cuenta que cada persona tiene características específicas, que los escenarios y las situaciones pueden variar, por lo que el terapeuta siempre se maneja en un ambiente de aceptación y apoyo ante lo que vive el paciente (Luengo, 2003).

La terapia cognitiva, incluye técnicas centradas en las cogniciones de los clientes, para modificar las emociones y las conductas. Dentro de las técnicas de la terapia cognitiva está la reestructuración cognitiva, el entrenamiento auto instruccional, resolución de problemas y detención del pensamiento. Existen diferencias en los modelos teóricos detrás de estas técnicas (Bados, 2010). Actualmente se combinan técnicas cognitivas y conductuales, de tal forma que los tratamientos asocian ambos componentes. La reestructuración cognitiva es una de las técnicas cognitivo-conductuales más interesantes. Pero para poderla llevar a cabo se requiere un conocimiento adecuado del trastorno a tratar. También se necesita velocidad y creatividad en el pensamiento para que la interacción sea fluida para el paciente, a partir de esto baja el malestar emocional y la conducta causada por los pensamientos.

La reestructuración cognitiva consiste en que el cliente, con la intervención del

terapeuta identifique y revise sus pensamientos desadaptativos, para que posteriormente sean sustituidos por otros más apropiados. En la reestructuración cognitiva los pensamientos son considerados hipótesis, por lo que el paciente y el terapeuta trabajan como un equipo para definir si los pensamientos hipotéticos son correctos o no. En esta técnica el terapeuta en vez de decir cuáles son los pensamientos correctos hace varias preguntas y diseña experimentos conductuales para que el mismo paciente evalúe y ponga a prueba los pensamientos que le hacen daño, ayudándole a llegar a una conclusión sobre la validez y utilidad de los pensamientos (Bados, 2010).

Se ha visto que la reestructuración cognitiva resulta más eficaz que el no haber tenido terapia o tratamiento para manejar la ansiedad, la depresión mayor, el trastorno bipolar, trastornos somatoformes, de hipocondría, problemas con el abuso de sustancias, problemas con el juego, trastornos de personalidad, insomnio, problemas con la ira, problemas con agresividad relacionados a la sexualidad, problemas de pareja, problemas de disfunción eréctil, delirios, alucinaciones, síndrome de intestino irritable, problemas con trastornos alimenticios y síndrome de fatiga crónica. La terapia cognitiva también se ha visto que es efectiva con problemas relacionados a la disociación, intentos suicidas, problemas de déficit de atención y fibromialgia (Butler et al., 2006). Se ha visto que también funciona con problemas de índole psicológico como problemas de autoestima, evitativos y relacionales.

Bases teóricas de la Reestructuración Cognitiva. _

Los supuestos teóricos de la RC son:

- a) La forma en que las personas construyen mentalmente sus experiencias tiene influencia en cómo se sienten, actúan y en las reacciones físicas. La reacción a un

acontecimiento depende de cómo lo percibimos, valoramos, explicamos, las atribuciones y los deseos que tenemos.

- b) Se reconocen las cogniciones de las personas por medio de la entrevista inicial, registros de pensamientos y preguntas. Algunas de las cogniciones pueden ser conscientes y otras no. Lo que se busca es que la persona pueda acceder a las mismas.
- c) Se puede modificar los pensamientos de las personas, lo cual puede generar cambios terapéuticos.

El modelo en el que se basa la reconstrucción cognitiva se llama modelo A-B-C.

La A se refiere a una situación o experiencia de la vida real. Como por ejemplo fracasar en una tarea importante. La B son las interpretaciones adecuadas o inadecuadas del paciente acerca de A. Esto puede ser consciente o no. Las cogniciones hacen referencia a los procesos cognitivos de la persona. Dentro de esto se incluye: percepción, atención, memoria (retención, recuperación), razonamiento e interpretación. Existen supuestos que tiene cada persona que pueden generar ciertos sesgos y errores en el momento de procesar la información que son: atención selectiva (poner a atención solo a los fallos), memoria selectiva (recordar solo las cosas negativas), sobre generalización (creer que tras un fracaso no se tendrá éxito), pensamientos dicotómicos (pensar que las personas o situaciones son buenas o malas) (Bados, 2010)

Según Bados 2010, existen distintos tipos de cogniciones:

Productos Cognitivos: Son pensamientos que vienen de situaciones externas o internas que se vuelven auto verbalizaciones o imágenes que son automáticos o involuntarios. Llegan a esto por la interacción entre supuestos y creencias, procesos cognitivos y la situación. Son las

cogniciones de más fácil acceso. Son los pensamientos que aparecen más rápido y automáticos ante una situación. Por ejemplo, cuando el paciente con agorafobia que cree que va a tener un infarto cuando nota que su corazón se acelera.

Supuestos: Son creencias con condición que se expresan como proposiciones del tipo si es que o si es que entonces: Por ejemplo: si intenta cosas difíciles no seré capaz de hacerlas.

Estos supuestos también se manifiestan por medio de normas cómo, por ejemplo:

Es terrible cometer un error que puede llegar a una construcción de pensamiento: si cometo un error pensarán que soy incompetente.

Creencias Nucleares: Se trata de creencias incondicionales, duraderas y generales de uno mismo. Por ejemplo: soy inferior, soy incapaz, soy vulnerable, el mundo es peligroso, etc.

Reflejan pensamientos más profundos.

A continuación, se mencionarán ejemplos de creencias y supuestos disfuncionales:

Tristeza: a) para ser feliz debo tener todo lo que me proponga b) para ser feliz debo tener la aprobación de todo el mundo c) si cometo un error significa que soy un inepto d) no puedo vivir sin ti e) si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto f) mi valía personal depende de lo que otros piensen de mí.

Comunicación interpersonal: a) siempre se debe complacer a otros b) no se deben compartir los sentimientos positivos) si te critican eres un inepto d) las opiniones personales no son tan importantes como las de otros de uno no son tan valiosas como las de los otros, e) la gente no le aprecia a uno si se muestra desacuerdo con algo de lo que dicen, f) cuando alguien te dice que no a algo, es que no le importas.

Aceptación: a) no soy nada a no ser que me quieran, b) crítica significa rechazo personal, c) siempre hay que complacer a los demás.

Competencia: a) solo se puede ganar o perder en la vida b) si se comete un error, es un fracaso c) los éxitos de otros amenoran el valor de los míos d) Tengo que hacer todo perfecto e) si las cosas no son perfectas, no son buenas.

Responsabilidad: a) soy el responsable de que el resto la pase bien, b) soy el responsable de cómo son mis hijos c) debo ser controlado todo el tiempo d) solo yo puedo solucionar mis problemas e) sin me acerco mucho a alguien me controlará.

Ansiedad: Siempre debo estar tranquilo b) no es bueno tener ansiedad c) tener preocupaciones ayuda a afrontar d) pensar algo inmoral es igual de malo que hacerlo.

Las creencias nucleares son parte del Sistema de esquemas y estructuras cognitivas, que es la manera en que la información se organiza internamente y aparece en la memoria. Los esquemas incluyen situaciones, sensaciones, reacciones fisiológicas, emocional y de conducta y se combinan con el significado que tienen para el individuo. Esto determina la forma en que vemos el mundo, en la información que la persona da importancia, almacena y recupera y en la valoración de las cosas (Bados, 2010). Estos esquemas pueden ser generalas o específicos según la cantidad de situaciones con las que se relacionan. Por ejemplo, un esquema es el siguiente: “un terapeuta es el principal responsable de que un proceso terapéutico funcione bien o no”.

Los esquemas vienen de experiencias de aprendizaje, pueden ser tempranas, pero también pueden venir de traumas, también pueden permanecer latentes hasta ser activados

por alguna situación que aparezca.

En el modelo A-B-C los pensamientos preceden a la emoción. También la emoción puede existir sin cogniciones previas, como cuando se siente miedo o iras de repente ante una situación. De todas formas, se cree que las cogniciones son necesarias para mantener una emoción (Bados, 2010). Una suposición de este modelo es que las cogniciones son importantes en el comportamiento humano y en las alteraciones emocionales. No son los acontecimientos en sí lo que generan reacciones emocionales o de conducta, sino las expectativas e interpretaciones de lo que suceda sumado a las creencias de estos (Bados, 2010).

Se ha visto la efectividad de la terapia cognitiva conductual para desordenes de ansiedad para adultos en varios estudios. En los últimos años varios meta análisis han llevado a evidencias de que la terapia cognitiva conductual, utilizando varios criterios, como el uso de grupos de control y estudios ambientales. Estas revisiones resumen y discuten estados de evidencia del tratamiento de CBT para el tratamiento de desórdenes de pánico, desordenes de ansiedad generalizado, desordenes de ansiedad social, desordenes obsesivos compulsivos y trastornos de estrés post traumáticos. Sobre todo, la CBT demuestra evidencia en su eficacia en pruebas controladas y su efectividad en las herramientas para el tratamiento de ansiedad en adultos. Sin embargo, siempre es necesario estudios de mayor calidad para estimar la magnitud de sus efectos (Otte, 2011).

Los desórdenes de ansiedad están caracterizados por miedo excesivo y evitación, que responde a una situación que se considera amenazadora. Los desórdenes de ansiedad tienen una alta prevalencia, con un promedio en 12 meses del 18 % y un promedio de aparición en

la vida de 29%. La terapia cognitiva conductual es considerada una meta standard de la psicoterapia en tratamientos para los desórdenes de ansiedad y varios metas análisis y revisiones de estos confirman la eficacia y efectividad del CBT (Otte, 2011).

La terapia cognitiva conductual se define como un grupo de intervenciones de comportamiento y de percepción guiadas por principios de ciencia aplicada. Las intervenciones de comportamiento disminuyen comportamientos mal adaptados y aumenta los que son adaptativos a través de la modificación de los antecedentes, consecuencias y por medio de nuevos comportamientos con el refuerzo de nuevos aprendizajes. Las intervenciones cognitivas buscan modificar cogniciones desadaptativas, percepciones del sí mismo y creencias. Las características de la terapia cognitiva conductual es enfocarse en intervenciones sobre los problemas con estrategias que son derivadas de teorías de aprendizaje (Ottes, 2011).

Dentro de esta terapia se incluye psicoeducación sobre la naturaleza del miedo y la ansiedad, auto monitoreo de los síntomas, ejercicios físicos, reestructuración cognitiva (por medio de empirismo lógicos y desconfirmación de creencias), exposición imaginaria y en vivo de los estímulos que producen miedos mientras se conjuga señales de seguridad y prevención. Dependiendo del desorden de ansiedad específico estas técnicas son diferentes durante la terapia. Muchos estudios han examinado la eficacia de CBT para la ansiedad en adultos, en meta análisis se ha visto la eficacia del tratamiento cuantificada en términos de tamaño de efecto. El tamaño de los efectos indica la magnitud observados de forma estándar. Sin embargo, es importante darnos cuenta que diferentes tipos de efectos ayudan a entender las evidencias encontradas (Otte, 2011). Los efectos se categorizan controlados y no controlados. El tamaño de los efectos controlados muestra la magnitud de un tratamiento

específico y se lo compara con un grupo que no tuvo el tratamiento o que tuvo otro tipo de tratamiento. Esto se calcula substrayendo la media del post tratamiento del grupo de control del promedio del post tratamiento del grupo dividido por la mitad de la desviación standard. Este efecto en el tamaño es llamado Cohen's d. Un efecto de tamaño no controlado expresa la magnitud del avance con el grupo del pre tratamiento y del post tratamiento. Esto se calcula substrayendo la media del grupo del pos tratamiento del promedio del pretratamiento dividido por la mitad de la desviación estándar. Efectos del tamaño no controlado son menos preferibles que efectos controlados del tamaño, desde que son susceptibles a amenazas de validez interna. Revisiones con meta análisis de estudios de terapia cognitiva conductual sobre desordenes de ansiedad por lo general han encontrado grandes efectos de tamaño por la mayoría de los estudios. Recientes estudios resumen los resultados de numerosos meta análisis de la terapia cognitiva conductual concluyendo que es altamente efectiva (Otte, 2011).

Sin embargo, eso no significa que estos meta análisis no tengan limitaciones. En particular, la mayoría de los estudios de meta análisis de CBT, incluyen estudios que varían con respecto a procesos de control, que van desde tratamientos alternativos, placebos, listas de espera que fueron evaluados con o sin aleatorización, mientras que algunos estudios no incluyen ningún grupo de control. Es importante determinar cómo las condiciones de control y su naturaleza específica, impacta en la eficacia de los resultados de la terapia cognitiva conductual en los desórdenes de ansiedad (Otte, 2011). Además, una pregunta importante es como los resultados derivan de estudios bien controlados en temas de eficacia y efectividad.

Esta revisión se enfoca en dos recientes meta análisis por Hofmann y Stewart respecto a el tratamiento de terapia cognitivo conductual para trastorno de pánico, trastorno de

ansiedad generalizada, ansiedad social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés post traumático. El primer meta análisis limita los estudios incluidos a ensayos controlados de placebos aleatorios. Para la Federación de administración de drogas en los Estados Unidos y la agencia europea de medicina se requiere éxito en el control de los ensayos de doble ciego del placebo aleatorio en orden de aprobar una medicación. Los ensayos farmacológicos típicos administran una píldora de azúcar a los individuos en condición de placebos. Otro número de ensayos psicológicos aplican placebos psicológicos para controlar factores no específicos (Otte, 2011).

Para incluir en el meta análisis el placebo psicológico se deben hacer intervenciones para controlar factores no específicos como: contacto regular con el terapeuta, racionalización de la intervención, discusiones del problema psicológico. A pesar de que es casi imposible proteger los ciegos en el control del placebo en los ensayos de psicoterapia, los controles aleatorios del diseño de control de placebos es la prueba más riguroso y conservador de los efectos en un tratamiento activo (Otte, 2011).

Este enfoque evalúa la eficacia de la terapia cognitiva conductual en desordenes de ansiedad bajo condiciones bien controladas. En general, 27 estudios con criterios de inclusión: n=7 para desordenes de ansiedad, n=6 para desordenes de estrés post traumático, n=5 para desordenes de pánico, n=4 para desordenes de estrés, n=3 para desordenes obsesivos compulsivos y n=2 para desordenes de ansiedad generalizada.

En contraste con estudios de eficacia bien controlada en investigaciones de ajustes, los estudios de efectividad examinan que tan eficaces son las intervenciones transferidas a ajustes del mundo real. Los tratamientos de investigación no van a trabajar igual de bien en prácticas clínicas porque tienen una severidad de enfermedad mayor o condiciones

comorbidas en comparación con los pacientes de estudios. Otra variable que puede impactar la salida en ajustes de naturaleza real es que el tratamiento por sí mismo y los terapeutas que lo efectúan. Los protocolos de terapia en pruebas de control aleatorio son manualizados y estrictamente monitoreados con énfasis en la integridad del tratamiento. Sin embargo, los manuales de terapia son menos probable que se usen en la práctica clínica. Además, los practicantes típicamente no tienen acceso a un nivel de entrenamiento intensivo de monitoreo y supervisión disponible sobre herramientas de investigación. Los clínicos en investigaciones tienden mayormente a ser expertos en la administración de un tratamiento específico y están motivados en tomar medidas que vayan en consistencia al protocolo (Otte, 2011).

En resumen, los tratamientos dados en un contexto natural no van a ser tan rigurosos en términos de contenido y calidad, y esto puede traer limitaciones. Por lo tanto, es importante examinar empíricamente que tan buenas son las investigaciones en cuanto a eficacia y trasladándolos al mundo real que sería la efectividad. Así en el segundo metaanalysis, fueron incluidos 56 estudios para mostrar como los tratamientos de terapia cognitiva conductual funcionan en contextos de la vida real. En el estudio que se menciona fueron incluidos en este análisis, 17 para trastornos de pánico, 11 para trastornos de ansiedad, desorden obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizado y 6 para trastorno de estrés post traumático. En donde se presenta un contraste de los resultados de los grupos derivados de los efectos de tamaño controlados y no controlados, reflejando la efectividad y eficacia de los resultados para cada desorden de ansiedad (Otte, 2011).

Los resultados muestran lo siguiente:

En el ataque de pánico las personas lo definían como ataques de sentimientos no identificados, de al menos 4 de los 13 síntomas que son palpitaciones, dolor de pecho, sudor,

hiperventilación, sentimientos de shock, temblores, náuseas, mareos, parestesias, oleadas de calor o de frío, despersonalización o desrealización, y miedo de morir o perder el control. Para darle un diagnóstico se necesita que estos ataques por lo menos una vez hayan llegado de forma inesperada, seguido por un mes de expectativas de miedo o preocupación sobre las consecuencias del ataque. Frecuentemente los ataques de pánico son seguidos o acompañados por agorafobia que es el miedo a estar en lugares o situaciones de donde sea difícil escaparse o que no haya ayuda disponible, esto se acompaña con angustia y con la necesidad de compañía del paciente. La terapia cognitiva conductual para trastornos de pánico utiliza educación sobre la naturaleza y la fisiología de las respuestas de pánico, técnicas de terapia cognitiva diseñada para modificar malas interpretaciones de índole catastrófico de los síntomas de pánico y sus consecuencias, e ir las graduando con exposición a las sensaciones del cuerpo en relación con el pánico y las situaciones evitadas (Otte, 2011).

Cinco estudios examinaron la eficacia de la terapia cognitiva conductual en trastornos de pánico, en un diseño de control de placebo aleatorizado. El efecto en el tamaño fue de 0.35 (95% CI 0.04- 0.65) indicando un efecto de pequeño a mediano. El meta-análisis reportó un efecto en el tamaño de 1.53 para la terapia cognitivo conductual en trastornos de pánico (Otte, 2011). Respecto a la eficacia los estudios examinaron que la terapia cognitiva conductual se vieron efectos de tamaño de 1.01(0.95% CI 0.77-1.25) para los ataques de pánico y 0.83 (95% CI 0.60- 1.06) para la evitación.

Ahora se va a hablar sobre el trastorno de ansiedad que es un desorden marcado por una preocupación incontrolable. Se cree que se mantiene por bases cognitivas, atención y juicio sobre un relevante estímulo, acompañado por preocupación sobre ciertos comportamientos con el afán de evitar imágenes catastróficas y respuestas físicas

automáticas. La terapia cognitiva conductual utiliza terapia cognitiva para direccionar la preocupación y las creencias y relajación para manejar la tensión. También se usa la exposición imaginaria para manejar imágenes catastróficas y exposición a situaciones estresantes mientras se regulan las reacciones. Se vio que el efecto del tamaño para el trastorno de ansiedad generalizada fue de 0.51 (95% CI 0.05-0.97), indicando un efecto medio, aunque solo se encontraron dos estudios que usaron un diseño de control aleatorio. Sin embargo, estos resultados fueron corroborados por un Cochrane meta-análisis examinando psicológicamente tratamientos de cada desorden de ansiedad. En cuanto a efectividad once estudios de pre y post tratamiento para terapia cognitiva conductual mostraron un tamaño de 0.92(95% CI 0.77-1.07).

El trastorno de fobia social está caracterizado por un marcado miedo a tener una reacción de miedo, excesivo miedo a ser examinado y miedo a actuar de una manera embarazosa. La mayoría de los pacientes son hipersensibles a la opinión de otros y tienen baja autoestima, además perciben sus miedos de forma exagerada y fuera de proporción. Estar en las situaciones de miedo o anticiparlas genera en ellos sufrimiento, que va desde síntomas físicos como sudoración, temblor o sonrojamiento, siendo estas reacciones físicas un disparador del miedo social. La terapia cognitiva conductual para la fobia social trabaja con reestructuración cognitiva y exposición a la situación social que genera miedo. Los pacientes son instruidos a identificar y cuestionar sus creencias sobre sus capacidades sociales y la probabilidad de experimentar situaciones sociales negativas y sus consecuencias. La exposición en vivo proporciona oportunidades para confrontar la situación temida y la evitación de encuentros sociales, practicando herramientas sociales. La exposición en vivo da la oportunidad de confrontar los miedos y encuentros sociales y practicar herramientas en

cuanto a la socialización (Otte, 2011).

En siete estudios con tratamientos placebo-control aleatorios el efecto de eficacia fue el siguiente en el uso de CBT para trastornos de ansiedad social 0.62 (95% CI 0.39-0.86), el tamaño que se observó fue de 1.27. En cuanto a efectividad los 11 estudios de pre a post tratamiento tuvieron un tamaño de 1.04 (95% 0.79-1.29).

En resumen, en este estudio del que se ha hablado los meta análisis que analizaron la terapia cognitiva conductual en desordenes de ansiedad encontraron que en eficacia y efectividad para trabajar ansiedad se muestra estar bien establecida. Estos efectos favorables para terapia cognitiva conductual están corroborados por varios estudios de Cochrane análisis de tratamiento psicológicos para varios desordenes de ansiedad. Los efectos de tamaño fueron de 27 en pruebas estandarizadas de placebo controlado con 1496 pacientes, mostrando que la terapia cognitiva conductual tiene resultados favorables en todos los desórdenes de ansiedad. Incluso se ha visto en pacientes refractarios y con serios problemas que tienden a abandonar la terapia, teniendo una terapia inefectiva se observa que se benefician del tiempo de la terapia estando mejor de lo que estaban antes del tratamiento (Otte, 2011).

La conclusión del estudio mencionado es que, a pesar de ciertas debilidades de los estudios originales, la cantidad de literatura revisada de pruebas estandarizadas con placebos de control y de las pruebas de tratamientos naturales los resultados dan una respuesta de que la terapia cognitiva conductual, da un fuerte soporte en cuanto a eficacia y efectividad, para intervenciones de trastornos de ansiedad en adultos. Los resultados también muestran que todavía se deben hacer más estudios en cuanto métodos de análisis. Sin embargo, los meta análisis confirman que la terapia cognitiva conductual es la opción con más soporte empírico consistente terapéutico para el tratamiento de la ansiedad. Por lo tanto, la terapia cognitiva

conductual es recomendada como el standard de oro en tratamientos para pacientes con desordenes de ansiedad (Otte, 2011).

En un estudio se aplicó la terapia cognitiva conductual en otro grupo de niños con trastornos de ansiedad para ver el efecto del tratamiento. Los 173 pacientes de edad media de 11 años mostraban tener ansiedad por separación (n=39), trastorno de ansiedad generalizada (n=101), fobia social (n=33). Los niños fueron asignados de forma aleatoria entre tratamiento y lista de espera. El tratamiento fue de 16 a 20 sesiones semanales de más de una hora con terapia cognitiva conductual. El programa se mostró efectivo, reduciendo la ansiedad en los niños (Orgilés, Méndez, Alcázar e Inglés, 2003). En base a los estudios efectuados por Orgiles, Mendez, Alcazar e Inglés se concluye que la terapia cognitiva conductual se puede considerar como el tratamiento a elegir para trabajar con trastorno de ansiedad por separación y ansiedad generalizada en niños y adolescentes (Orgilés, Méndez, Alcázar e Inglés, 2003)

Además, se observa un estudio de caso que se realizó con una adolescente que sufría trastorno de ansiedad generalizado se aplicó terapia cognitiva conductual y los resultados mostraron que se pudo lograr que los pensamientos irracionales que se detectaron sean remplazados en los momentos de ocio por pensamientos racionales que fue uno de los objetivos terapéuticos. Los datos también mostraron que se fueron pensamientos escapistas o evitativos. Otro de los logros que se lograron en la terapia fue la disminución de la frecuencia de las preocupaciones. Después de un año de seguimiento a la paciente se probó que podía estar bien y que aprendió a manejar por sí misma el afrontamiento de situaciones difíciles a las que les tenía miedo como que aparezca una preocupación muy grande (Rodríguez, Piqueras & Alcázar, 2016).

Se hizo otro estudio para observar el efecto de la terapia cognitiva conductual en pacientes con ansiedad que tienen Parkinson. El Parkinson se caracteriza por problemas en el Sistema motor, esto va de la mano con ansiedad, la cual resulta debilitante en esta situación. Para el estudio se utilizó múltiples bases de estudios de casos con diseño experimental. Se aplicó sesiones semanales de terapia cognitiva conductual en persona o vía video conferencia. Después del tratamiento 7 de 9 participantes mostraron una significativa reducción de la ansiedad y estas mejoras se mantuvieron 6 semanas después. Este estudio provee de evidencia preliminares de la utilidad de la terapia cognitiva conductual para reducir la ansiedad en personas con Parkinson teniendo un alto potencial para intervenciones es este grupo (Reynolds, Saint, Thomas, Barlow & Cronin, 2019).

Existen otros métodos para trabajar con problemas de ansiedad, especialmente si estos vienen de problemas emocionales irresueltos. La terapia enfocada en la emoción fue desarrollada por Leslie Greenberg y sus colegas en 1980, y se hicieron estudios empíricos y ha evolucionado hasta ser uno de los tratamientos basados en evidencia para trabajar en trastornos de ansiedad, trauma, depresión, malestar marital, trastornos de alimentación y problemas interpersonales (Greengberg, 2017). En la terapia emocional se ha visto que el trastorno de ansiedad generalizada es el desorden más común y el menos reconocido, con solo de 20 % a 30% de pacientes, además es un trastorno que es resistente al tratamiento. Aproximadamente un 50% de pacientes responden a tratamientos cortos y un largo porcentaje no responde o recae después de los tratamientos. Dentro de la terapia enfocada en la emoción se ha visto que esta disfunción surge de la activación del núcleo del esquema mal adaptado de emociones como el miedo, la tristeza y la vergüenza. La organización

vulnerable del sí mismo resultante de la síntesis de estos esquemas juntos con la inhabilidad de simbolizar y regular el consiguiente afecto doloroso. Cuando las personas experimentan ansiedad, la organización del sí mismo es organizada como amenazante y vulnerable, porque la activación de las memorias de daño y dolor se dan sin protección o apoyo. Como resultado las personas no internalizan estrategias auto calmantes y en vez de eso desarrollan formas negativas de relacionarse consigo mismos y modular emociones (Greengberg, 2017).

En términos de desarrollo, la experiencia de estrés intenso va combinado con la ausencia de calma, cuidado, protección y apoyo, resultando en la inhabilidad de regular adecuadamente y simbolizar la experiencia emocional, liderando experiencias dolorosa interrumpidas y bloqueadas para proteger al sí mismo de una temida disolución e integración. La experiencia de angustia intensa combinada con la ausencia de calma, cuidado, protección y apoyo terminan en la inhabilidad de regular adecuadamente y simbolizar la experiencia emocional, dejando que la experiencia dolorosa sea bloqueada para proteger al sí mismo del miedo de desilusión y desintegración. Sin una adecuada protección, calma y socorro, las formas negativas para regular la experiencia emocional negativa se internalizan. Estos caminos negativos de relacionar la experiencia que se tiene incluyen invalidar la situación silenciarla, culpar al sí mismo por las experiencias negativas y rechazar el valor de sí mismo, de ser amado y apoyado (Greengberg, 2017). Así, como resultado de una experiencia de intenso dolor y un intento de manejar las emociones, hay una constricción de la consciencia de tal forma que el individuo tiene dificultades representando y simbolizando la consciencia de su experiencia. En vez de eso las personas con trastorno de ansiedad generalizado experimentan una sensación de angustia indiferenciada, un vago sentimiento en el cuerpo al filo de la consciencia. Entonces como resultado de una experiencia de intenso dolor y en un

intento de manejar los sentimientos, hay una constricción de la atención tal que los individuos tienen la dificultad representando y simbolizando su experiencia en la consciencia. Por lo que las personas con trastorno de ansiedad generalizado experimentan una sensación de angustia indiferenciada, un vago sentimiento al filo de la conciencia. La combinación de la inhabilidad para simbolizar el dolor en las emociones y en la experiencia, los caminos negativos de tratar al sí mismo y la inhabilidad de suavizar o bajar el resultado de las emociones abrumadoras que dejan el miedo a la disolución y comprometen la capacidad de regular los afectos. La gente termina preocupada en un esfuerzo de proteger al sí mismo de caerse por la inhabilidad de manejar los sentimientos de miedo, tristeza y vergüenza (Greengberg, 2010).

La prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en la población general tiene un rango del 1.9% al 5.4%. Es más común en mujeres que en hombres por un radio de 2 a 1. Según la edad se estima que el 17% de hombres mayores y un 21.5 de mujeres mayores requieren tratamiento para este desorden. Más de la mitad de estos individuos fueron diagnosticados con una experiencia de trastorno de ansiedad generalizada durante su niñez y adolescencia, a pesar de que después hubo otra aparición después de los 20 años. Los síntomas empeoran durante etapas de estrés, la mayoría de las personas con trastorno de ansiedad generalizada reportan que se han sentido ansiosos o nerviosos durante toda su vida. Desordenes de ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad generalizada son comorbidos a otros desordenes como trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad estrés postraumático, desorden de pánico, desordenes en el estado de ánimo, adicciones y trastornos alimenticios.

Los primeros estudios de trastorno de ansiedad generalizada sugieren que es una condición que se desarrolla en las etapas de desarrollo temprana y se puede ir consolidando a

través de los años. Los estudios observan factores en la niñez asociados al trastorno de ansiedad generalizado caracterizado por rechazo de los padres y alta crítica, falta de calidez parental y aceptación, y una sensación de que las dinámicas familiares fueron injustas. Esto puede ir combinado con otras experiencias negativas de vida y en eventos en donde la persona siente que tiene protección insuficiente, apoyo o cuidado. Las investigaciones de literatura muestran que no todos los clientes responden a tratamientos de corto plazo, además el progreso de algunos clientes y sus síntomas pueden tener remisión después de algunas semanas. Otros clientes necesitan procesos terapéuticos largos, por lo que el tiempo de terapia va a variar según la gravedad del cliente (Greengberg, 2017). Algunos pacientes necesitan construir mayor confianza consigo mismo y desarrollar un entendimiento adecuado de lo que pasó en su vida que los hizo sentir vulnerables, rechazar su experiencia o tener dificultad para regular las emociones. Cuando ellos empiezan a entender y reconocer su experiencia, pueden empezar a ver cuáles eran sus dificultades y como se limitaron a partir de esto. Esto les ayuda a simbolizar previamente experiencias dolorosas e identificar los comportamientos negativos y formas de procesar su experiencia en un intento de lidiar con eventos angustiantes. Estos puntos de entendimiento de su experiencia les ayuda a entender lo que pueden cambiar (Greengberg, 2017). Los clientes con trastornos de ansiedad generalizado vienen a reconocer que no procesan adecuadamente sus emociones y su experiencia corporal, temiendo ser desintegrados por la intensidad del dolor. Hay un reconocimiento que necesitan tener para estar más conscientes de su experiencia corporal y sus emociones experimentando sus emociones dolorosas, aprender a aceptarlas, simbolizarlas y ponerlas en palabras y finalmente con la ayuda del terapeuta acceder a nuevas y más empoderadas emociones para transformar sus emociones dolorosas mal adaptadas

(Greengberg, 2017). Sintiéndose más fuertes y más resilientes, se vuelven capaces de modular la angustia, suavizar sus emociones de dolor y expresar sus emociones y necesidades a otros.

La terapia enfocada en la emoción enfatiza la importancia del rol de una relación terapéutica y las formas de trabajar con los clientes para resolver como se relaciona consigo mismos y con otros. Además, la terapia es una interacción compleja, una interacción con capas, en los cuales hay 5 procesos principales y tareas que son tejidas secuencialmente y en paralelo a lo largo del tratamiento (Greengberg, 2017). Este proceso incluye lo siguiente: a) dar a los pacientes una relación empática, de aceptación y de aprecio para construir su experiencia emocional, y que su percepción se convierta en alguien con más confianza hacia el resto. Volverse más autocompasivos y de auto nutrición, siendo capaces de tolerar y suavizar su experiencia emocional, modulando la expresión de sus emociones y necesidades a otros. b) trabajar con la experiencia de dolor de los clientes, emociones a las que renunció y desarrollo del entendimiento de su historia de vida y su narrativa, para darle sentido a los eventos de su vida y su impacto, c) trabajar con los clientes para identificar y cambiar los caminos negativos en donde ellos usan la herramienta de silla vacía, d) trabajar con los pacientes para transformar las emociones mal adaptativas, sanando las injurias del pasado emocional en la interacciones con personas significativas usando la herramienta de silla vacía para resolver situaciones inconclusas, e) trabajar con clientes para desarrollar capacidad de autocompasión a si mismo usando transformación imaginativa y diálogos de silla vacía para resolver sufrimiento emocional (Greengberg, 2017). Además, este proceso y tareas se hacen siguiendo un orden secuencial en el tratamiento, esto generalmente ocurre en paralelo y se conectan a través del proceso del tratamiento después de que la terapia ha construido una

relación terapéutica sana. A pesar de que este proceso y tareas son descritas de esta forma, generalmente se dan en paralelo se van entrelazando durante el proceso después construir una relación terapéutica positiva. Una vez que el terapeuta emocional introduce el diálogo de silla vacía, el terapeuta debe proporcionar apoyo empático, aceptación y aprecio de una manera sincera y congruente para ir fortaleciendo el sentido del ser del cliente y facilitar la atención del cliente en su experiencia emocional, ayudándolo a representarlo en sus palabras (Greengberg, 2017). Regulando sus emociones y modulando sus intensos sentimientos de angustia, transformando el dolor y enseñando al paciente a regularlas y expresar su experiencia emocional mejor, desarrollando caminos positivos de cuidarse a sí mismo. Por medio de la terapia, el cliente trabaja para cambiar el núcleo de las emociones dolorosas, intentando resolver las injurias de apego, el ciclo que tiene y hacer tareas que se enfoquen en como ellos se relacionen con su sí mismo usando el diálogo de silla vacía y como direcciona los problemas emocionales con un imaginario otro usando diálogos de silla vacía (Greengberg, 2017). Dentro del proceso el paciente internaliza la actitud positiva del terapeuta, como respeto, calidez, empatía y aceptación, esto hace que el paciente empiece a construir su sentido del ser y crea que merece amor, protección y apoyo (Greengberg, 2017).

En la terapia enfocada en la emoción para trastorno de ansiedad generalizada es importante que los clientes desarrollen, la capacidad de auto calmarse. Esto ocurre inicialmente internalizando la actitud del terapeuta de empatía, aceptación y aprecio, y aprendiendo que el cliente puede ir modulando su angustia, escuchando sus emociones y poniéndolas en palabras. Además, el cliente es llenado con estrategias más concretas y experiencias de compromiso en el proceso de auto calmarse usando los diálogos de silla vacía para modular sus emociones de dolor. Un indicador importante del cambio es cuando los

clientes pueden modular efectivamente su angustia en el momento en el que llega la emoción, pueden calmarse ellos mismos. Esto puede ser a través de conversaciones consigo mismo, actividades o redireccionando la atención a situaciones más agradables. Los clientes aprenden a interrumpir la cascada de pensamientos negativos y en vez de eso ser capaces de darse tranquilidad cuando se sienten angustiados y saber que pueden pedir apoyo a otras personas (Greenberg, 2017).

La terapia enfocada en la emoción ha mostrado ser efectiva en terapia individual y de pareja, en varios estudios clínicos aleatorizados, y funciona mejor que la terapia cognitiva conductual y terapia cognitiva conductual en problemas interpersonales, además altamente efectiva para la prevención de recaídas (un 70% de no recaídas). También se ha encontrado que es efectiva en personas que han sufrido abusos, en la resolución de problemas interpersonales y el logro de perdón (Greenberg 2010). La TFE también ha hecho más investigación que ningún otro tratamiento, sobre el proceso de cambio de la terapia, mostrando la relación entre el resultado y la empatía, la alianza terapéutica, el proceso experiencial, el arousal emocional, la creación de significado sobre la emoción que se activó y procesamiento productivo de la emoción (Greenberg, 2010). La Terapia enfocada en la emoción, como su nombre indica se enfoca en la emoción y postula que la emoción es fundamental para la construcción del sí mismo y es muy importante para el proceso de auto-organización. Las emociones son una forma funcional de procesar la información y de preparar para la acción, orienta a las personas hacia su contexto y generan bienestar (Greenberg, 2010). Las emociones son consideradas importantes para los teóricos de este campo, porque son un aviso de la necesidad de la persona, una meta o un valor que pueden ser logrados o dañados (Greenberg, 2010).

Las emociones, se relacionan con el establecimiento de metas, tendencia a la acción de base biológica, resultado de la evaluación de las metas, necesidades y preocupaciones (Greenberg, 2010). La emoción posee su propia base neuroquímica y fisiológica, y es el medio por el cual habla el cerebro. El sistema límbico se encuentra relacionado con las respuestas emocionales básicas. Influye sobre procesos fisiológicos, en fluyendo en la salud del cuerpo, el sistema inmune y en la mayoría de los principales órganos del cuerpo (Greenberg, 2010).

Le Doux menciona que hay dos vías que producen las emociones: la una es el camino más corto y rápido en donde participa la amígdala, la cual envía señales automáticas al cerebro y al cuerpo, produciendo reacciones viscerales. Y el otro que es el camino más largo y lento es del neocortex, que genera la emoción por medio del pensamiento. Los dos se desarrollan porque en algunas ocasiones es necesario responder rápidamente y en otras se da un mejor funcionamiento cuando hay una integración con la emoción por medio del pensamiento (Greenberg, 2010). La terapia enfocada en la emoción menciona que el cortex con su evolución sumó la habilidad para el aprendizaje un aprendizaje complejo, las respuestas emocionales determinadas por un circuito neuronal, del cerebro emocional. Así se fueron formando organizaciones internas, que producían respuestas emocionales que aprenderían cuales eran las señales de lo que anteriormente había producido una emoción en la vida de la persona (Greenberg, 2010). Las memorias emocionales, son vistas como algo que se forma a partir de un esquema de emoción. Por medio de estos programas neuronales, las personas reaccionan automáticamente a partir de un sistema de emoción, no solo hacia señales heredadas de malestar o placer, sino también hacia señales que se van aprendiendo como peligrosas o reconfortantes según las experiencias vividas. Por lo que los esquemas de

emoción son unidades de respuesta que producen experiencias almacenadas en las redes de memoria (Greengberg, 2010). La experiencia emocional es vista como la síntesis de estructuras diferenciadas, que se van refinando con las experiencias y que son codificadas según el aprendizaje en la cultura. El procesamiento emocional por esquemas es la fuente de lo que se experimenta como emoción y el objetivo de la terapia que se enfoca en la emoción (Greengberg, 2010). Los esquemas de emoción se forman por eventos emocionales que generan reacciones. La emoción decrecerá a menos que se grabe en la memoria. Mientras más intensa la emoción es más probable que se grabe en la memoria. Así es como se forma un esquema de emoción, por medio de la conexión de emociones y memorias de uno mismo, y de las situaciones. Después de eso la respuesta emocional puede ser recreada varias veces, a lo largo del tiempo después del evento. Por lo que un recuerdo de algo que fue doloroso o una señal, puede activar el recuerdo de ese evento y produce la respuesta emocional.

El cambio de la memoria emocional esquemática tiene más posibilidades de darse por medio de la re-consolidación de memoria. Cuando el recuerdo es resiente es posible interrumpir su formación, pero después de determinado tiempo, la memoria no puede ser eliminada. Recientemente se ha visto que cuando la memoria es recuperada, se vuelve frágil y necesita otro periodo de consolidación, que es llamado periodo de re-consolidación. El cuál da la oportunidad de desorganizar la memoria, desorganizar el esquema de emoción adquirido previamente, bloqueando la consolidación (Greengberg, 2010).

Más allá de las emociones las personas también tienen un proceso de ir creando significados por medio de las emociones. Por lo que se da una integración entre razón y emoción, que se da en un proceso circular que se crea continuamente y van cambiando de

significado según las experiencias. Cada sensación sentida tiene una simbolización de lo que se experimenta corporalmente mientras la persona se da cuenta y por medio del lenguaje construye una nueva experiencia. La forma en que se experimenta la emoción influye en cómo es simbolizada y en cómo se experimentará después. Por lo tanto, los terapeutas deben trabajar con la emoción y el significado, generando el cambio de la experiencia emocional y la narrativa con la que está integrada (Greenberg, 2010).

Es importante hacer una distinción en la terapia, de diferentes tipos de emociones y su expresión correspondiente en la cual se necesita diferentes tipos de intervenciones. Las emociones primarias son las reacciones iniciales relacionadas a la situación, que van de la mano con una reacción conectada con el suceso, por ejemplo, ante una pérdida tristeza. Las emociones secundarias en cambio son respuestas ante los pensamientos o sentimientos más que a la situación en sí. Como sentir enfado después de sentirse herido o sentir culpa por sentirse enfadado. Esto es importante conocer porque hay estados primarios que son adaptativos y otros desadaptativos que es necesario transformar. Los desadaptativos son sentimientos antiguos que se repiten y no cambian. Por ejemplo, sensaciones nucleares de soledad, abandono, ansiedad, inseguridad, desdicha, vergüenza, etc., que pueden afligir a una persona durante toda la vida. Este tipo de sentimientos no cambian a pesar de las nuevas vivencias, ni aportan direcciones nuevas para resolver problemas cuando estos ocurren.

Las emociones primarias necesitan ser topadas por la información útil y adaptativa que aportan, también su capacidad de producir una acción adaptativa. En cambio, las emociones desadaptativas necesitan ser accedidas para ser reguladas para ser transformadas. Las emociones secundarias también necesitan reducirse, por medio de la exploración,

encontrar las emociones primarias que están detrás (Greengberg, 2010).

La intervención en TFE tiene dos principios en su tratamiento que son la relación terapéutica y el trabajo terapéutico. Se centra en la persona, lo cual implica un trato con el paciente de empatía y seguimiento de su experiencia. Esto se combina con un estilo que se orienta en la guía del proceso de la terapia gestáltica, que propone ayudar al paciente a profundizar la experiencia. En la terapia con TFT se ofrece una relación empática y el terapeuta guía el proceso emocional del paciente. Cuando el paciente presenta procedimientos afectivos cognitivos profundos se aprovechan para realizar intervenciones diferentes que se ajusten mejor, promoviendo un trabajo productivo con la emoción problemática (Greengberg, 2010).

Los terapeutas focalizados en la emoción se especializan en encontrar los diferentes tipos de problemas de procesamiento emocional problemático, para intervenir y regular la emoción. Se identifican los marcadores actuales de la persona y se le hace propuestas de implicación vivencial en la que el paciente actúa como experto en el contenido de lo que ha experimentado y el terapeuta como experto en la guía del proceso del aquí y ahora de la situación (Greengberg, 2010).

Estos son los marcadores principales que usan los terapeutas emocionales y sus intervenciones:

- 1) Reacciones problemáticas, que se expresan extrañando frente a una reacción emocional o una conducta. Estas son oportunidades para usar la emoción como una reexperimentación, con la oportunidad de que se llegue a dar un significado a la reacción. La resolución sería una nueva visión del sí mismo en funcionamiento

(Greengberg, 2010).

- 2) Una sensación que tiene la persona y es poco clara, en donde la persona no logra entenderla bien y se encuentra en la superficie de la experiencia, se siente confundida y no puede tener una sensación clara sobre ella. En estos casos se necesita usar un enfoque corporal (Focusing). En donde el terapeuta guía al cliente en ponerse en contacto con la experiencia del cuerpo, poniéndole atención y curiosidad, para ponerle palabras a la sensación. En estos casos la resolución que se busca es un cambio corporal sentido, que ayuda a crear un nuevo significado (Greengberg, 2010).
- 3) Ruptura por el conflicto, en donde un aspecto de sí mismo. Esta escisión permite usar el trabajo en dos sillas. Aquí dos partes del sí mismo entran en diálogo. Se expresan los sentimientos, pensamientos y necesidades, que se encuentran en cada parte, se exploran y se comunican en un diálogo que trata de lograr que la voz crítica se suavice. La resolución de este ejercicio es la integración de las dos partes y la auto aceptación (Greengberg, 2010).
- 4) Rupturas auto-interruptoras, en donde una parte del sí mismo reprime la experiencia y la expresión emocional. En estos conflictos también se usan las dos sillas, que es utilizada para que la parte que interrumpe al sí mismo se haga presente. Las personas con guías para hacerse conscientes de cómo ellos mismos se interrumpen y para observar de forma más clara a partir de una dramatización los modos en los que lo hacen. Estas dramatizaciones pueden tener acción física, metafórica o verbal, observando cómo se da la dinámica de represión. Entonces se les invita a reaccionar ante las partes interruptoras del sí mismo y a confrontarlas. La resolución de este ejercicio es la expresión de las emociones bloqueadas (Greengberg, 2010)

- 5) Otro marcador, son los asuntos inacabados, que consiste en el trabajo de un sentimiento persistente y no resuelto hacia una persona significativa. Para estos asuntos inacabados se usa una silla vacía, en donde se da un diálogo con la silla vacía. Se utiliza el diálogo con la silla, para activar la visión interna del otro y expresan los sentimientos no resueltos y las necesidades pendientes. Con esto se producen cambios de perspectivas entre el otro y el sí mismo. La resolución de este ejercicio puede implicar hacer responsable al otro, entender al otro o llegar a perdonarle (Greengberg, 2010).
- 6) Vulnerabilidad, donde el paciente se siente frágil e inseguro de sí mismo. Para esto se trabaja con validación empática. Ayudándole a fortalecer al sí mismo, que se da por la sintonía empática y afecto (Greengberg, 2010).

Una de las técnicas que se utiliza dentro de la terapia emocional es la silla vacía, la cual se utiliza para situaciones inconclusas. Está basado en principios de la Gestalt que dice que las necesidades importantes residen en la consciencia. Para Greenberg , cuando una emoción esquemática que es asociada con otro significativo se dispara, la persona re experimenta las reacciones emocionales no solucionadas. El trabajo con silla vacía es un encuentro significativo con una situación no concluida, usando la imaginación especialmente cuando se hace con una persona que es importante para el paciente (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004). Mientras la persona que está trabajando no se dé cuenta de los sentimientos implícitos, las necesidades no expresadas y llegue a algún tipo de aceptación o entendimiento del significativo otro, la cualidad de inacabado en la relación continúa siendo intrusivo, sea inconsciente o en una relación común.

La silla vacía es utilizada para dos tipos de situaciones inconclusas, negación/abandono y abuso/trauma. En los dos tipos de trabajos, la representación del otro en la silla sirve para la función que es integral para la resolución del diálogo, sin embargo, la resolución toma diferentes formas (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004). En el trabajo de situaciones inconclusas hay sentimientos de negación o abandono del otro que son importantes y que se trabajan en el proceso. Estas situaciones pueden aparecer también en contextos de relaciones actuales importantes, incluyendo relaciones de pareja, jefes o figuras de autoridad. Situaciones inconclusas actuales también pueden ser reflejos de situaciones no resueltas del pasado. Otro de los tipos de situaciones inconclusas que se trabaja es abuso en trauma interpersonal. El perpetrador puede ser un amigo, un amante, un cuidador y la persona puede haber sido expuesta a un solo evento traumático o repetidas situaciones traumáticas en varias ocasiones o años. Este trabajo de silla vacía sin embargo no trabaja con situaciones traumáticas que involucren a extraños. Cabe mencionar que, en algunos casos de trauma, el diálogo de silla vacía en situaciones inconclusas es contraindicado. Específicamente, cuando el riesgo es retraumatización, comportamientos de automutilación, ideas suicidas o comportamientos extremadamente agresiva, en estos casos este método de evocación no es sugerido (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004). En estos casos cuando el paciente ya está en un nivel alto de excitación lo mejor es usar empatía o tareas menos evocativas, como creación de significado.

Hay diferentes formas de reconocer situaciones inconclusas que son: a) La persona tiene sentimientos no resueltos como dolor o resentimiento. b) Los sentimientos están relacionados a otra persona, que ha sido importante en la vida del cliente. c) Los sentimientos son experimentados actualmente. d) Hay signos de que las expresiones de esos sentimientos

están siendo interrumpidos o restringidos (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004).

Es común para los marcadores de situaciones inconclusas observar reacciones secundarias como culpa y quejas sobre otros. También es posible que las situaciones inconclusas emerjan con otros tópicos, por ejemplo, una persona puede venir a terapia para hablar sobre las dificultades actuales de su relación, que se dan porque hay emociones de relaciones pasadas que disparan el dolor del paciente (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004).

Por lo general los trabajos de silla vacía más intensos son situaciones Fuertes actuales del paciente y memorias que no se quieren tener, aquí se puede observar dolor emocional y fragilidad. Las personas con este tipo de situaciones inconclusas tienden a mostrarse dudosas de recordar y regresar al trauma. El trabajo de silla vacía debería ser sugerido cuando hay una fuerte relación terapéutica y cuando los clientes están listos para afrontarlo (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004). Cuando los indicadores de situaciones inconclusas aparecen en un contexto de trabajo de otras tareas, el terapeuta debe determinar si es conveniente cambiar la tarea a una situación más nuclear. Esto puede ir de la mano de la opinión del paciente, en donde se le pregunta qué situación le resulta más importante para ser trabajada (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004).

En el trabajo con sillas vacías se pone mucho énfasis en la persona y el terapeuta cuida su tono de voz. Es importante recordar que las situaciones inconclusas necesitan de varias sesiones de terapia, y la velocidad va a depender de cómo el cliente y el terapeuta confrontan con los bloqueos y puntos estancados. Usualmente se trabaja con el mismo material varias veces (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004). Particularmente con el

trauma relacionado a situaciones inconclusas, es especialmente importante que los clientes den el ritmo para este tipo de trabajos. Por ejemplo, inicialmente el cliente se puede rehusar a comprometerse con el diálogo, por lo que el terapeuta emocional no debe sorprenderse y validar el miedo del paciente. El terapeuta puede sugerir que el cliente vuelva al trabajo después, comunicándole que él controla la dirección y el ritmo de la terapia. Al comienzo se puede no utilizar la silla, sino escuchar al paciente hacia dónde quiere ir. Después, cuando el paciente se sienta cómodo con el ejercicio de silla vacía se la puede poner a cierta distancia o se puede poner una representación simbólica al otro lado del cuarto o algún objeto como una canasta que represente la silla (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004). Otra posibilidad para el cliente es primero trabajar en situaciones inconclusas con personas cercanas y después con situaciones más difíciles o relacionadas al trauma.

Para ajustar el diálogo el terapeuta necesita el consentimiento del cliente. Ya que el trabajo en silla vacía tiene intensidad emocional se le debe explicar al paciente previamente. También se le puede dar una guía adicional como formulación experiencial (suena como que tiene mucha tristeza en relación a tu madre), estructuración de tarea (quizás podemos tratar algo para que tengas la oportunidad de expresar esos sentimientos), o enseñanzas experienciales (ser capaz de expresar las emociones no resueltas en relación a una persona en la terapia, mencionando que está en un lugar seguro y va a ser ayudado en resolverlas (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004)).

Respondiendo a las dificultades en una facilitación inicial de silla vacía, puede aparecer excitación sobre el compromiso con el trabajo de la silla vacía. Esto se da por varias razones, primero porque hablar de los problemas con los padres tiene un tabú cultural,

especialmente en culturas tradicionales como la africana, asiática e hispana (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004). En efecto uno de los diez mandamientos de la tradición judeo-cristiana es: honrarás a tu padre y madre, por lo que las personas pueden sentir que expresar emociones críticas hacia los padres es irrespetuoso. Estas expresiones pueden violar lo que ha sido aprendido o como fueron disciplinados en la niñez. En estos casos es importante validar las preocupaciones del cliente, explorando problemas relacionados y dejar que sea opcional que el cliente se comprometa en el diálogo.

Por otro lado, se le puede recordar que el diálogo no es real y que la silla vacía le brinda la posibilidad de reproducir lo que siente sin necesidad de que esto se de en el mundo real (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004). Los terapeutas deben recordar al paciente que ellos mismos son lo que viven con esos sentimientos y que es de suma importancia dejar ir esos sentimientos o perdonar a los padres, si es que esas emociones siguen presentes. En segundo lugar, los clientes en algunas ocasiones pueden sentirse preocupados por la intensidad del ejercicio. Por ejemplo, para un cliente puede resultar muy duro hablar de la muerte de su padre cuando tenía 6 años de edad (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004). Es importante para el terapeuta reconocer el poder evocativo de esta técnica y seguir el ritmo del paciente. Seguir el ritmo del paciente es fundamental con pacientes frágiles. El terapeuta se puede demorar varias sesiones hablando sobre los beneficios de la silla vacía hasta que le paciente esté listo (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004).

Algo importante a tomar en cuenta, cuando se trabaja en terapia es que algunos pacientes se preocupan de que sus clientes se sientan poco entendidos o abandonados cuando

se les sugiere trabajar en silla vacía. Generalmente es lo contrario, los clientes no se sienten abandonados sino se sienten cuidados y atendidos al ver que su terapeuta quiere trabajar con sus problemas (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004). Si el terapeuta es principiante puede explicarle previamente al paciente que a muchas personas les resulta beneficioso expresar sus emociones porque se siente aliviados después de eso. Esto les ayuda a los pacientes a saber que están yendo hacia un sitio con un fin. En general los pacientes aprecian la oportunidad de expresar sus emociones con libertad y que no estén dirigidas al terapeuta sino a la persona con la que tienen problemas sin resolver. El terapeuta debe tener en cuenta que los clientes que expresan la experiencia experimentan un fuerte alivio cuando resuelven sus situaciones inconclusas y con un adecuado apoyo y comprensión del terapeuta, inclusive una expresión parcial de emociones bloqueadas resulta relajante para el paciente (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004).

Los terapeutas que están en entrenamiento deben tener en cuenta que se debe mantener el uso de la validación y apoyo es esencial y reduce los sentimientos de abandono. También se ha visto que es fundamental un fuerte sentido de convencimiento por parte del terapeuta de la efectividad de este método de trabajo y una clara explicación, racionalizando el proceso aumenta las posibilidades de compromiso del cliente. Al comienzo del diálogo los clientes se cuestionan porque se sienten de determinada manera (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004) En el trabajo de silla vacía se promueve que el cliente dialogue entre dos aspectos del sí mismo, un aspecto es expresado en él un lado de la silla vacía y el otro el otro lado que está en conflicto, durante el ejercicio se van cambiando de lado. Después de que la relación con el paciente ha sido establecida en notar que el cliente tiene dos lados de su persona en oposición, en donde el uno es una voz crítica que se expresa de forma dura con

creencias como, por ejemplo, eres un perdedor, estúpido, gordo. Cuando el paciente se sienta en el lado de la crítica se conecta con un lenguaje incuestionable de sus padres o de la sociedad y con este lenguaje le habla al otro lado de su persona. Posteriormente el cliente se cambia de lado y expresa como es sentirse criticado. En esta dinámica se dan varios cambios de un lado a otra en una conversación con la guía del terapeuta (Greengberg, 2016).

Posteriormente al trabajo en terapia la resolución de este ejercicio se da cuando el lado crítico se suaviza y se transforma en compasión y se llega a un acuerdo entre los dos lados. Haciendo que al final la persona se sienta con más confianza, seguridad y autoaceptación (Greengberg, 2006). Este ejercicio es especialmente recomendado para personas con depresión y autocrítica alta y para trastornos de ansiedad. En el ejercicio de silla vacía también se busca que haya una interacción entre las partes conflictivas de la persona con la intención de una resolución. En el ejercicio se usan conceptos de la Gestalt, ayudando a que la persona se ponga en contacto consigo misma y de ahí pueda tomar una decisión (Nichols, 1995). Ayudando a que las personas se pongan en contacto con sus creencias y emociones y de esta forma se ponga en acción desde la responsabilidad. Este modelo fue usado por Greengberg en 1979 con personas que experimentaban conflictos para tomar decisiones. Mientras más en contacto está la persona de sus creencias es más fácil que entienda que es lo que quiere. La técnica de silla vacía promueve y facilita el contacto entre dos aspectos del ser dando a lugar un tercer estado que surge de la integración de las dos partes que estaban en conflicto, generando que el cliente se sienta más integrado. Utilizando un estudio de los resultados de pre y post terapia y la técnica Q-sort, se vio la diferencia entre el grupo que recibió la terapia con silla vacía y la que no (Nichols, 1995). Los que recibieron la terapia mencionan que consiguieron la experiencia buscada. Se ven diferencias significativas entre

los resultados pre y post terapia, en donde después de la terapia se observa resolución de conflictos y contacto con ellos mismos, entendiendo que quieren. Mientras que las personas que no tienen la terapia se muestran más neutrales y en menos contacto con lo que quieren, con respuestas ambiguas (Nichols, 1995).

Diseño y Metodología

Diseño

La metodología empleada para este estudio de caso fueron 22 sesiones de 60 minutos con una frecuencia de una vez por semana. Se hizo un estudio de caso en donde se aplicó Terapia Cognitiva Conductual con Terapia Emocional y se aplicó el test de síntomas SCL-90 DE L. R. Derogatis adaptación U.B.A. 1999 antes y después de la terapia para ver la diferencia de la paciente antes y después de lo aplicado.

Población

1 persona de género femenino, de 21 años de edad y de nivel socio económico clase media alta. La información obtenida proviene de la misma paciente al conversar durante sesiones terapéuticas en donde la paciente relata su vida y lo que considera más importante de su niñez.

Instrumentos o materiales

Se tomaban notas de lo que la paciente expresaba en cada sesión y sobre los avances de la terapia. Se aplicó la terapia cognitiva conductual, utilizando un registro de pensamiento, que permite identificar pensamientos desadaptativos, emociones y conductas, y como se

relacionan entre sí. Se aplicó el test de síntomas SCL-90 L. R. Derogatis adaptación U.B.A. 1999 antes y después de la terapia para ver la diferencia de los síntomas de la paciente antes y después de lo aplicado. El test SCL-90-R es un test de reconocida funcionalidad que se usa para detectar varias sintomatologías psicopatológicas. Es una escala que funciona de forma autoaplicada y evalúa el nivel de malestar psicológico. Es aplicable a pacientes con tratamientos psicológicos o psiquiátricos, el inventario de síntomas es usado para detectar casos clínicos. Las escalas se fueron dando progresivamente utilizándose estrategias clínicas, racionales y empíricas, para que sean clínicamente útiles por lo cual se usó un requisito triple de definiciones claras, en donde se da medición mediante auto informe y confirmación psicométrica. Permite medir el índice de severidad global que muestra el malestar actual percibido, índice de síntomas positivos e índice de malestar sintomático (Sanchez & Ledesma, 2009). Dentro de los síntomas que se miden en el test están los siguientes: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicotismo (Sanchez & Ledesma, 2009). Este instrumento muestra buenas propiedades psicométricas, según resultados encontrados en distintos países y además cuenta con evidencia de su validez convergente con varios métodos de diagnóstico y de su validez concurrente y de predicción (Sanchez & Ledesma, 2009).

Procedimiento de recolección de datos

Se hacen varias entrevistas informativas en donde la paciente habla sobre cómo se siente y su vida. Se tomaban notas de lo que la paciente expresaba en cada sesión y sobre los avances de la terapia. En cada sesión se aplicaban observaciones y reflexiones para ir moldeando pensamientos desadaptativos y dañinos, escribiendo las reflexiones de cada

sesión. En las sesiones se hablaba también de los avances y se enviaban tareas a casa, de revisar nuevos pensamientos e interpretaciones funcionales de la realidad. En otras ocasiones se aplicó el método de la silla vacía para que la paciente trabaje con dilemas implicativos y situaciones incompletas con su madre. Se aplicó el test de síntomas L. R. Derogatis adaptación U.B.A. 1999 antes y después de la terapia para ver la diferencia de los síntomas de la paciente antes y después de lo aplicado. Se observaron resultados del SCL- 90-R de antes de la terapia de un índice de severidad global de 120 y de ansiedad de 20. En el test tomado después de la terapia, se observó que el índice de severidad global era de 81 y el de ansiedad de 11.

Historia

Verónica (este es un nombre ficticio que se usará), tiene 21 años, es soltera y vive con la madre. Con la madre la relación ha sido mala, a lo largo de la vida ella ha recibido de la madre constantes descalificaciones y golpes a lo largo de la niñez, con el padre la relación ha sido mejor pero no ha vivido con él, por los constantes conflictos entre la madre y el padre. Con los hermanos por el lado del padre tiene conversaciones diplomáticas, sin embargo, siempre ha existido cierta tensión entre ellos porque ella nació en el siguiente matrimonio del padre y no se llevan bien con ella.

Verónica tiene problemas con la compulsión, cuando tiene ansiedad o se siente no aceptada por el grupo o por sus padres, tiene atracones de comida. Y constantemente está preocupada por su peso, haciendo ejercicios después de los atracones y constantes para mantener un cuerpo atractivo y un peso adecuado por la presión de la madre. Presenta dolores de cabeza frecuentes, sentimientos de culpa constantes, preocupación excesiva por todo, se siente desvalorada por el resto, preocupación por la comida, un autoconcepto negativo de sí misma y

problemas para dormir. Dice haber asistido donde una terapeuta anterior, en donde también trabajó con terapia cognitiva.

Verónica busca en la terapia solucionar los problemas de ansiedad generales y relacionados a la compulsión de comer. También habla de su necesidad de afecto que le hace sentir vacía y triste. Busca ese afecto en relaciones amorosas fallidas en donde por lo general las parejas de ella, le son infieles y sin embargo ella se siente mal con sigo misma por el tema y busca a la pareja como un salvador afectivo de sus problemas. Al estar en pareja genera relaciones dependientes e intensas en donde la pareja aprovecha de estas actitudes para portarse mal con Verónica. Ella se siente inestable y con un autoconcepto bajo. Vive pendiente de lo que el resto opina de ella y quiere figurar ante el resto, cuando no recibe la atención que espera se siente ansiosa y derrotada.

Desde que tiene 3 años sus papás se divorciaron y eso le hizo tener la idea de que son malos. Otro problema que se presenta en la familia es que la madre se portaba mal con ella. Comenta que la empleada le pegaba y la madre no le hacía caso cuando ella se quejaba de la situación. Esto fue un evento traumático ya que en el mismo año fue el divorcio de los papás y además de eso la empleada le pegaba. Además de esto, la mamá le castigaba por cualquier cosa, meciéndole en agua helada, golpeándola e insultándole. También tenía miedos irracionales en la oscuridad, originados de su forma de crianza. En el colegio se llevaba mal con algunas amigas que le molestaban. La madre además de todo le decía que todo es su culpa y que si se porta mal la va a dejar. En sus relaciones de pareja tuvo experiencias en donde hubo engaños y malos tratos.

Vivió una época lejos de su madre y cuando volvió con ella y estaban alejadas cada una por su lado, la madre continuamente le decía que era fea, que estaba gorda, que hacía las cosas mal y que no merecía ser amada. También continuamente le dice que no puede confiar

en la gente, que todos quieren hacerle daño, que no debe confiar en los hombres. Por lo que la paciente vive asustada sintiendo que no es suficiente. Otro punto que menciona es que teme a la oscuridad porque cree que por ser mala algo malo le va a pasar, que se le van a aparecer diablo y monstruos y eso experimenta hasta la adultez. Cuando se pelea con alguien automáticamente se siente rechazada y que no es digna de ser amada y esto también lo siente en las relaciones de pareja.

Tratamiento

Inicialmente se hacen algunas sesiones en donde la paciente expresa lo que siente y se le toma un test de síntomas L. R. Derogatis para observar los síntomas que presenta. La paciente al profundizar las conversaciones va mencionando que siente mucha inseguridad de ella misma por su aspecto físico, que ha sido continuamente criticada por la madre y sus amigos. Siendo ella una chica muy bonita, además siente inseguridad en la manera de relacionarse, siempre está buscando aceptación de las personas y tiende a sentirse que no merece sentirse amada y respetada. Además, cree que para ser bonita debe tener la aceptación de todos los chicos y cuando alguien le rechaza se siente extremadamente mal. Aparte de tener estos pensamientos de baja valoración en donde parte prioritaria de su vida es ser querida y aceptada, cuando es rechazada entra en estados de mucha ansiedad. Sus malestares se vinculan con diferentes reacciones como son comer compulsivamente sin que vayan acompañados con vómito, sino que se siente tan mal que empieza a comer sin poder parar para bajar a la ansiedad. En otros momentos busca bajar a la ansiedad haciendo ejercicio compulsivamente, tiene miedo en las noches y pensamientos intrusivos pensando que algo malo de índole religioso le va a pasar. Tiene un miedo constante de que se le aparezca un

demonio porque en las noches tiene miedo y cree que es mala. Además, le tiene miedo a su mamá y todo el tiempo tiene ansiedad de que algo malo le va a decir o que algo malo le va a pasar. Las primeras sesiones la paciente habla mucho de la importancia que le da ella al tema de las relaciones de pareja y como en varias de sus relaciones sus novios le han engañado o se han distanciado, lo cual a ella le genera mucha ansiedad. Dice que siente que no la quieren lo suficiente y que ella siente que es menos que el resto. Se observa en ella ciertos rasgos dependientes que son comprensibles en relación a la mala dinámica que tiene con la mamá, por lo que busca que las parejas compensen ciertos vacíos afectivos e inseguridades de ella misma. Además, es muy susceptible a la crítica y busca que su pareja sea quien le de la seguridad que busca. En momentos en los que se pelea con su pareja, tiende a caer en estados de alta ansiedad que trata de bajar haciendo ejercicio compulsivamente. Tiende a decir todo que, si a su pareja para que no le abandonen, ya que tiene mucho miedo de que esto suceda. Tiende además a tener una intelectualización de las cosas en donde trata de explicarse ella misma lo que le pasa, pero que no logra bajar su malestar.

Inicialmente hay mucha información desordenada por lo que se procede a identificar los pensamientos desadaptativos y empezar a trabajarlos desde la perspectiva cognitiva conductual, al parecer más allá de esos pensamientos hay un dolor emocional importante que ha hecho que Verónica tenga una autoimagen negativa, a partir de la mala relación con la madre y una tendencia a la dependencia para sanar sus inseguridades. Algo que también menciona es que la mamá constantemente le dice que tiene que ser perfecta y llenar los cánones de belleza y éxito para valer, por eso es que ella se esmera tanto por verse bien físicamente y tener un peso adecuado.

Al hacer un registro de pensamiento se observa lo siguiente:

Pensamientos Desadaptativos	Emoción	Conducta
1.Me van a abandonar	Tristeza/ansiedad	pasa comprobando que no la abandonen, busca aceptación
2.Va a aparecer un demonio	Miedo/ansiedad	malas noches, va a dormir donde la mamá, busca compañía
3.No valgo	Miedo/ansiedad	busca demostrar que vale
4.No merezco ser querida	Tristeza/ansiedad	permite maltratos
5.Soy fea	Tristeza/ansiedad	hace ejercicio compulsivamente, busca validación en los chicos
6.Estoy Gorda	Ansiedad	ejercicios compulsivos, obsesión con el físico, con la pareja
7.Estoy en peligro	Miedo/ansiedad	busco estar con gente que me cuide, busco chicos
8.Algo malo va a pasar	Miedo/ansiedad	pienso todo el día en cosas malas, busco bajar el malestar
9.Tengo que ser perfecta	Ansiedad/miedo	se esfuerza por calzar en los esquemas, se ve poco
10.Ser rechazado es muy malo	Ansiedad	interactúa con nervios, piensa que no la quieren
11.Si no les gusto a los chicos no valgo	Ansiedad	coquetear, buscar agradar, ejercicios, huyo del rechazo
12.Tengo algo malo	Tristeza/ansiedad/miedo	Buscar compensar a la gente para que quieran estar cerca mío

Al realizar el registro de pensamientos se puede observar un vínculo de sus pensamientos con su manera de sentir y de actuar en donde hay una tendencia hacia pensamientos extremistas, generalizadores, algunos sin una base racional y otros que envuelven una manera muy negativa de verse a sí misma. Por lo que se explica la triada cognitiva que consiste en la conexión de pensamientos – emociones – conductas para que la paciente esté al tanto de lo que le pase y pueda auto observarse y trabajar en conjunto con el terapeuta. La paciente logra conectar las creencias con sus emociones y su forma de proceder, lo cual resulta positivo porque le da una estructura a lo que le pasa lo cual inicialmente, si bien es muy intelectualizado no hay una idea clara de que hacer para sentirse mejor. El hecho de que la persona pueda observar la triada cognitiva y personalizarla, es decir observar cuáles son sus pensamientos desadaptativos es parte de la psicoeducación, que es parte del tratamiento. Se habla también de lo que son considerados pensamientos desadaptativos, pensamientos que van de la mano con emociones que en ese momento no son funcionales con la situación. Por lo que los pensamientos desadaptativos no necesariamente son pensamientos negativos, sino pensamientos que no van acorde con la realidad, que tienden a ser automáticos, asumidos, no cuestionados y que se conectan con los síntomas del paciente que en este caso son en la mayoría de los casos ansiedad.

Para seguir con el trabajo se utiliza el método socrático, el uso de preguntas para cuestionar las creencias, el uso de ejemplos hipotéticos para cuestionar los pensamientos, el trabajo sobre el extremismo y generalización, el cuestionar si se asumen cosas sin cuestionar. De esta forma se va logrando que la paciente en cada sesión vaya suavizando o quitándole fortaleza a sus creencias, al darse cuenta que pueden existir otras perspectivas y al descubrir que la cambiar su forma de pensar, va cambiando también su forma de sentir.

En el primer pensamiento que es la idea de que me van a abandonar, se conversó de donde surge esta creencia y la paciente se da cuenta que está relacionado con su madre y la constante amenaza de que se va a ir si se porta mal. También surge de la continua descalificación por parte de la madre diciéndole que no es lo suficientemente buena en nada de lo que hace y que no va a ser querida. Por lo que, para trabajar con esta creencia, se le cuestiona a la paciente si la madre más allá de las amenazas llegó a dejarla y la respuesta fue que no. Así que ella se da cuenta que esta percepción es más un miedo que algo que en realidad le ha pasado con su mamá. También existe la pregunta de si el papá la abandonó y la respuesta es que no, ya que, a pesar de la mala relación con la madre, su papá siempre ha estado presente y aportando económicamente. Si hubo novios que se fueron sin embargo no fue la dinámica siempre así y ella también terminó algunas relaciones, por lo que la paciente logra darse cuenta que su creencia es una generalización y que no siempre es abandonada, habiendo gente cercana que siempre ha estado pendiente de ella.

En el segundo pensamiento desadaptativo que es que va a aparecer un demonio, la paciente explica que tiene este pensamiento en la noche en la oscuridad. Por lo que comenta que su madre cuando era niña le decía que era mala y que en la biblia dice que existen demonios y que atacan a las personas malas. Como ella creció con el mensaje de que era una niña malcriada siempre tuvo miedo y fue desarrollando un miedo especial hasta esto, por lo que hasta ahora cree en los demonios y el infierno. Además, es una persona católica que cree en lo que dice la biblia por lo que no se atreve a cuestionar este pensamiento. Por lo que el trabajo con esta creencia empieza cuestionando si alguna vez ha visto un demonio o si alguien conocido lo ha visto. Fue difícil trabajar con esto porque esta creencia viene acompañada de ideas religiosas por lo que en algún punto fue necesario cuestionar que es la

espiritualidad para ella y si cree que Dios es un ser castigador. Este tipo de temas pueden ser delicados ya que suelen ser creencias nucleares que van de la mano de la moralidad y crianza del paciente. Sin embargo, se puso mucho énfasis en conversar en si había algo empírico que le haga creer eso y lo que se encontró que la fuente era su madre que siempre le repetía lo mismo. Por lo que se cuestionó si esta afirmación de la madre era cierta o quizás podía ser un mecanismo de miedo pensando que así le podía influir a la hija para que le obedezca, ante esto la paciente estuvo de acuerdo. Pudiendo observar que podía ser una creación de la madre.

En el tercer pensamiento que es de no valgo se trabajó preguntándole a la paciente por qué cree eso y mencionó que es por las críticas constantes de la madre a su aspecto físico y a su manera decir, en donde le repite constantemente que debe adelgazar porque se ve ancha, que así cómo es nadie la va a querer, que es tonta, que debe esforzarse por ser mejor. Por lo que al percibir que alguien tan fundamental como su madre le ve de manera tan tajante "sus defectos" ella cree que el resto también la van a ver mal, por lo que vive con constante ansiedad al rechazo y a la crítica, este punto se repite en varios pensamientos. Por lo que se trabaja con la paciente preguntándole a la paciente si en realidad no vale o es solo la percepción de ella por las críticas de su madre. Es en este momento en donde empieza a surgir la necesidad de trabajar en silla vacía con la madre, para directamente con ella dentro de este ejercicio simbólico tener una solución de todas sus críticas que han influido notablemente en las creencias de la realidad de la paciente. Se logra mover un poco esta creencia, pero se considera que es una creencia nuclear que hay que ir la trabajando poco a poco, en una terapia más larga. Se hace además una lista de cualidades con la paciente y se le deja de tarea que las tenga en cuenta y las repita mentalmente todos los días.

En el cuarto pensamientos desadaptativos que es la creencia de que no merece ser querida, la paciente menciona que surge por lo que la madre le dice, que no hace las cosas bien y que la va a abandonar, también le dice que el padre no la quiere y es un tacaño. Por lo que la paciente crece pensando que no merece ser querida. Se busca encontrar otros puntos de vista y se le pregunta si otras personas aparte de los padres la han querido y menciona que sí, que los abuelos siempre han sido muy cariñosos con ella. También se le pregunta si en algún momento sintió afecto de los padres y dice que sí. Por lo que la paciente se queda pensando y se da cuenta que si ha sido querida y que lo merece. Sin embargo, considero que este pensamiento es nuclear y de ahí surgen ciertos comportamientos dependientes por lo que hay que trabajarlo a mayor profundidad y se hace eso con la silla vacía y el trabajo que se realiza con su madre.

En la creencia de soy fea, la paciente dice que su madre siempre le criticó ciertos rasgos de su cara y le decía que era ancha, que solo podría verse bien si fuera muy delgada. Cosa que la misma madre piensa de ella misma, siempre está en dietas y crítica a las personas que considera que tienen un mayor peso. En este caso pone énfasis que esta percepción viene de la madre y no necesariamente es así, se le pregunta si en algún momento alguien le ha dicho que es bonita y dice que sí. También se fortalecen aspectos de ella misma que menciona que le gustan de ella, como terapeuta aporoto diciendo que me parece bonita con el afán de reforzar su seguridad, apoyándome en la confianza que se ha creado en las distintas sesiones. La paciente logra decir que se considera un poco bonita, pero es un aspecto que se debe seguir fortaleciendo, por lo que de tarea se le pida que haga una lista de las partes de su cuerpo que le gustan y en la siguiente sesión se las refuerza leyéndolas y poniéndole énfasis, buscando que se dé un refuerzo de estas nuevas cogniciones que se quieren reforzar.

En la siguiente creencia que es que estoy gorda, se ve que se vincula con la creencia anterior en donde se critica muy duramente en su aspecto físico, por lo que se le pregunta que considera un peso adecuado y que personas para su percepción considera que se ven bien. Por qué utilizamos el recurso de fotos de actrices para analizar pesos saludables y pesos exageradamente delgados, igualmente de modelos. Para la paciente es difícil, pero logra darse cuenta que aspectos se ven sanos y saludables y personas se ven enfermas al ser muy delgadas. Por lo que se da un diálogo socrático reflexionando los estándares de belleza y cómo ha ido variando a lo largo del tiempo. Poniendo énfasis en lo subjetiva que es la belleza y el peso. Analizando también que parte de su discurso de excesiva exigencia en relación del peso es de su madre que le ha pasado a ella a través de sus críticas, por lo que más adelante se propone trabajar en silla vacía devolviendo a la madre lo que es de ella y liberándose de las creencias que no le pertenecen. En este punto el trabajo es construir una imagen sana de ella misma, desde su propia construcción.

En la creencia de estoy en peligro, la paciente dice que no sabe porque siente esto, pero que siempre tiene una sensación de miedo, como que algo malo fuera a pasar. Por lo que se trabaja enseñándole relajación muscular y espiración profunda. Considero que parte de esto es la cantidad de construcciones negativas que tiene en relación a la realidad de ella misma y los constantes momentos de conflictos que vivió en la casa. Posteriormente la paciente dice que tiene miedo a que su mamá le hable o le grite, por lo que parecería que la paciente tiene estrés post traumático de las continuas peleas con la mamá. Se le pregunta: ¿Qué podría hacer para vivir más tranquila? Y responde que eventualmente quiere independizarse de su madre. Por lo que ella propone graduarse y vivir ella sola, trabajar y de

esa manera tener un poco más de control en su vida, lo que hace que la paciente mencione que esto le hace sentir más tranquila.

La creencia de que algo malo va a pasar es característico de las personas que experimentan ansiedad, es una expectativa negativa del futuro sin una razón clara. Trabajamos sobre este punto y Verónica dice que ella siempre fue castigada de niña por lo que vive con miedo de que le castiguen, también vuelve a aparecer el miedo al demonio, la culpa constante y la idea de que hace las cosas mal. Se conversa sobre su idea de Dios, cómo es Dios para ella, si es un Dios castigador o cariñoso. Menciona que cree que es bueno, por lo que se le pregunta que por qué cree que le va a castigar. En parte la idea de castigo viene de la madre, por lo que conversamos de las cosas malas que hacía de niñas y se da cuenta de que no eran cosas tan graves, sino cosas de una niña juguetona, por lo que se da cuenta que no merece un castigo por eso. Le pregunto si ella castigaría a una hija por algo así y menciona que no. Por lo que poco a poco va bajando la idea de que algo malo va a pasar. Sin embargo, es un punto a seguir trabajando porque está muy arraigado y en ciertos momentos no responde a la lógica sino a la emoción. Esto se trabajará posteriormente en silla vacía con la madre.

El siguiente punto a tratar es la idea de que tiene que ser perfecta, esta manera de percibir la realidad también es muy frecuente de personas con ansiedad, ya que detrás de eso se esconde un miedo a no poder controlar todo en sí mismo y tener el rechazo del resto. Se le pregunta a Verónica y dice que cuando no se siente perfecta sufre por lo que se esmera en exceso con su parte física, por lo que en ciertos momentos de ansiedad siente la compulsión de hacer un exceso de ejercicios para sentirse mejor con ella misma y sentir control. También se esmera en ser bonita, en ser inteligente y ser buena estudiante, para que la quieran. Lo que

siente que no puede controlar es la parte afectiva de los chicos y su familia. Por lo que siempre tiene miedo de que le digan defectos, ya que se siente muy mal frente a la crítica. Se le pregunta quien considera perfecta y no sabe contestar, también se le pregunta quien tiene la vida perfecta y tampoco sabe contestar. Por lo que se profundiza el tema de la perfección analizando si eso es posible o más bien es un ideal abstracto. Por lo que la paciente menciona que no sabe bien que es ser perfecta, así que empezamos a conversar sobre lo que ella necesita y siente que necesita, más allá de buscar una perfección indefinida. Por lo que ella menciona que busca ser feliz y estar en paz, lo cual es muy diferente a buscar ser perfecta. Cuál podría ser un pensamiento más adaptativo y ella responde que la perfección no existe. Por lo que quiere ser auténtica en su búsqueda de la felicidad. A este punto también se lo profundizará con silla vacía porque surge de las exigencias de su madre.

Otro pensamiento desadaptativo es que ser rechazado es muy malo, este es un punto que le produce mucho malestar y miedo y hace que se sienta insegura con las personas. Se le pregunta quien nunca ha sido rechazado y hasta qué punto se le puede agradar a todo el mundo. También se le pregunta: ¿Hasta qué punto en realidad la opinión del resto le puede afectar, si ella no les da valor? Y se le pregunta: ¿Quién le ha rechazado? Menciona que unas amigas en el colegio y que eso le dolió. Por lo que se conversa de tema y la paciente racionaliza que esas amigas ya no están y que en el presente ella puede escoger con quien llevarse y con quién no. Se le envía la tarea de observar como la opinión del resto solo le puede afectar si ella lo permite y que observe quien le rechaza en realidad para ver si es algo más mental o real. Surge el tema de la madre y su rechazo por lo que se lo trabajará más a profundidad en silla vacía. Hay una racionalización de que la madre ha creado ideas muy

negativas en ella y de ella surge la idea de que hay que romper con creencias con las que ella no está de acuerdo, que vienen de la madre.

Se trabaja sobre la creencia de que si no les gusta a los chicos no valgo, se da un cuestionamiento para ver si esta idea es extremista, generalizada o pesimista, y la paciente se da cuenta de que sí lo es. Que le pone mucho de su valor a otros, ella menciona que si no les gusta a todos los chicos se siente mal, por lo que es muy coqueta. Algunos chicos le han hecho caso y otros no. Ella le pone mayor atención al rechazo y a los que no le han hecho caso. Se le pregunta que: ¿Por qué crees que le das tanta importancia a este aspecto? y ella menciona que es porque cuando le hacen caso se siente más bonita, por lo que busca su confirmación a partir de ellos. Conversamos que ella es la que debe sentirse bonita, más allá de los chicos. Que, si ella se ve bonita, ella es bonita. Nuevamente hablamos de lo que le gusta de ella misma y de sus cualidades. Por lo que se dejó de tarea, pensar constantemente en las cualidades positivas que tiene. La frase adaptativa que quedó es yo me gusto a mí misma.

La última creencia de este registro de pensamiento fue, que tengo algo malo, un pensamiento bastante potente y que puede explicar mucho del malestar de la paciente. Se le pregunta: ¿Por qué piensas eso? y dice que no sabe exactamente, pero que siempre se ha sentido así, como que tuviera que demostrar su valor, porque si no el resto va a ver algo malo en ella. Para suavizar esa creencia se le pregunta: ¿Qué es exactamente lo malo que piensas que tienes? Y menciona defectos físicos nuevamente, por lo que volvemos a trabajar sobre eso. Se le pregunta: ¿Hasta qué punto el aspecto físico es lo más importante? a la paciente responde que para ella se volvió importante por la presión de su madre y su entorno. Vuelve a darse cuenta que es algo de su madre, y que es la misma madre la que a veces critica su

propio aspecto. Hablamos sobre lo que considera valioso en las personas y habla de otras cosas que no son el físico, como la inteligencia, la integridad, la simpatía, el carácter, la perseverancia, por lo que empezamos a hablar de sus cualidades. Me comenta que se considera inteligente, leal, responsable, buena amiga, buena novia, por lo que se hace énfasis en eso con el fin de que la paciente ponga la atención en otros puntos más allá de lo físico. Se considera que la paciente tiene muy arraigada esta creencia por lo que se recomendaría trabajar en una terapia más larga en este punto. Se le pide de tarea que se enfoque en actividades para lo que es buena y que le hacen sentir bien, la paciente se mete a hacer labor social y a construir casas para personas de escasos recursos. Lo cuál en futuras sesiones menciona que le hace sentir mejor.

Pensamientos Desadaptativos	Pensamientos Adaptativos
1.Me van a abandonar	Hay muchas personas que se han quedado, no he vivido un abandono de mis padres.
2.Va a aparecer un demonio	No hay una prueba en la vida real de que a alguien se le haya aparecido un demonio
3.No valgo	Tengo cu alidades may valises
4.No merezco ser querida	Merezco ser querida, la gente me ha querido
5.Soy fea	Me gusta, me gusta mi cuerpo, tengo muchas partes bonitas
6.Estoy Gorda	Bosco un peso saleable
7.Estoy en peligro	El peligro que he sentido es por las peleas constantes con mi madre. No veo otro peligro real en este momento. Me voy a independizar para tener más control de esta situación.

8.Algo malo va a pasar	No hay una evidencia real que me indique que algo malo me vaya a pasar.
9.Tengo que ser perfecta	Busco la felicidad y la autenticidad más allá de la perfección.
10.Ser rechazado es muy malo	La opinión del resto me afecta, solo si yo lo permito
11.Si no les gusto a los chicos no valgo	Yo me gusto a mí misma
12.Tengo algo malo	No hay una razón real para pensar que tengo algo malo.

Los pensamientos que fueron trabajados dentro de la terapia fueron entregados escritos en un papel a la paciente con la tarea de pasarlos a limpio y pegarlos en un lugar visible o leerlos todos los días interiorizándolos. Parte de la terapia es que la paciente también trabaje fuera del espacio terapéutico y tenga presente los pensamientos trabajados. Los pensamientos que tienden a repetirse automáticamente, para trabajar en transformarlos mediante la consciencia, las afirmaciones o respiraciones que permitan enfocar la atención en otra cosa o remplazar los pensamientos dañinos con otros funcionales. En este caso por temas de tiempo se recomendaría seguir trabajando con la paciente en un tiempo más prolongado para revisar que pensamientos se mantienen y seguirlos repitiendo y fortaleciendo hasta que entren en la cognición de la paciente. De todas formas, la paciente mencionó que muchos de los puntos trabajados en terapia fueron asimilados e incorporados ya que se cuestionaron a los pensamientos que no tenían base de realidad o lógica. Sin embargo, había algunas creencias nucleares originadas a partir de la madre que se mantenían y que se resistían a cambiar, porque fueron muchas veces repetidos y enseñados, desde la niñez. Por lo que se

considera que el trabajo de silla vacía con la madre puede ayudar a trabajar con creencias desadaptativas nucleares con una perspectiva más emocional, no solo mental. Otro punto beneficioso de trabajar ciertos constructos con la madre es lograr tener una comunicación simbólica con la madre, en donde se cuestiona y ponga en duda varias de las creencias que actualmente resultan dañinas para la paciente y no tiene una base con criterio de realidad. Por lo que al hacer este ejercicio se espera que la paciente se libere un poco más de creencias que le hacen daño y a la vez sane situaciones inconclusas con la madre que son muy importantes para ella, que le producen dolor y que forman parte de su manera de ver el mundo.

Posteriormente al trabajo con terapia cognitiva conductual, se procede a trabajar con terapia enfocada en la emoción utilizando la silla vacía. Se le explica a la paciente lo que se va a ser, mencionándole que es probable que en el ejercicio salgan emociones importantes y que eso le puede ayudar a sentirse aliviada. Además, que el ejercicio se da con la intención de que le diga a su madre, muchas de las cosas que no le puede decir en la cotidianidad y que le duelen, con el fin de que esta situación inconclusa se resuelva en lo posible. Se le menciona a la paciente que su terapeuta está al lado apoyándola y acompañándola en el proceso, para que se sienta apoyada, parte muy importante de la terapia enfocada en la emoción. La paciente está de acuerdo en hacer el ejercicio y tiene la apertura para hacerlo. Se le pide a la paciente que se siente de frente a otro sillón en donde simbólicamente va a estar sentada su madre. Se le pide que le diga todo lo que le tiene que decir que está en ella. La paciente empieza a decirle que está dolida porque desde que era niña se sintió rechazada por ella, que cuando era pequeña le pegaba por cualquier cosa, le decía que no valía, que la iba a abandonar. La paciente llora en este momento y se produce un silencio, la terapeuta le acompaña diciéndole, "lo estás haciendo muy bien". La paciente continua y sigue diciéndole a su madre que se

siente rechaza por ella porque siempre le ha criticado que está gorda, que es ancha, que si no baja de peso su cara se ve mal y que por eso ella siempre se ha sentido ansiosa en relación a la comida. La paciente también le dice que hasta ahora tiene miedo porque ella le decía que se le iban a aparecer diablos si no le obedecía. También menciona que siempre le dolió que le amenace por cualquier cosa que la va a dejar, cuando Verónica siempre fue una buena hija y trataba de agradar a la madre en todo.

Otra de las cosas que menciona la paciente es que ella nunca se ha sentido suficientemente capaz porque ella le crítica todo lo que hace, le dice que es torpe, que no se relaciona bien, que nadie la va a querer si sigue así y ella con el tiempo llego a creerle. La paciente sigue llorando de una forma más calmada, diciéndoles que le duele mucho, que la madre por todo se enoje y que le reclame que es una mala hija, cuando ella siempre ha tratado de complacerla. Otra de las cosas que le dice es que ella siempre le ha metido miedos y que por eso ahora pasa nerviosa y con miedo de que algo pase. Después de esto la paciente se cambia de asiento y ocupa el otro lado, que es el espacio simbólico de la su madre, se le dice que respire y que lo está haciendo muy bien. Que en este momento sea su madre, que visualice que es ella y que desde ese haciendo siendo la madre tal cuál es responde a la hija. Verónica toma el espacio de la madre y responde diciendo desde el personaje de la madre, que lo única que ella ha hecho es apoyarla, que es una mala agradecida, que debería ver que ella siempre ha estado a su lado. Que si le ha dicho ciertas cosas es porque ella se preocupa de su peso, que solo busca que ella se sienta bien, que a ella también le preocupa mantener su peso y verse bien. Que ella es muy injusta al decirle eso, porque ella solo ha tratado de educarla y que como ella era malcriada está muy bien que la haya castigado como lo hizo,

que algún día le agradecerá. La emoción que muestra es de enojo y de seguir juzgando a la hija, no se ve una postura de arrepentimiento o de querer cambiar las cosas.

Posterior a esto se le pide a la paciente que se cambie de asiento y que vuelva a ser ella en la dinámica. Se le pide que respire y se le dice que lo está haciendo bien, para que se sienta contenida y acompañada. La paciente al volver al asiento responde con iras, diciéndole que ella ha sido injusta toda la vida y que ella se ha sentido maltratada. Que está harta de que no la aprecie y que no considera que haya estado bien el sin número de maltratos que recibió en su niñez. Vemos que detrás de la tristeza, aparece la emoción de iras, la cual parece ser la emoción primaria, que además resulta funcional para que la paciente se empodere. Verónica empieza a decirle a la madre todas las cosas buenas que tiene, como que ha sido una buena estudiante, una persona sana, equilibrada, alguien que siempre ha estado ahí para la madre. Por lo que se le alienta a que le diga a la madre todas sus cualidades, la paciente le dice que ella es bonita como es a pesar de sus críticas y que le molesta vivir en dietas por la preocupación de lo que ella le diga. Además, le dice que otras personas de su familia la consideran valiosa. Después de esto se le pide a la paciente que se cambie de silla y que vuelva a tomar el puesto de la madre. Al retomar el rol de la madre, la madre dice que ella es una mala agradecida y que lo único que trato es ser una buena madre. La madre tiene una actitud de enojo y no dice más. Verónica vuelve a su sitio y le dice que siempre ha sentido eso, que nunca se puede comunicar con ella y que la siente cerrada. Por lo que se le pregunta a la paciente que quiere hacer con esa situación, con esa postura de la madre. Por lo que la paciente dice que quiere devolverle a la madre todas sus presiones y descalificaciones. La terapeuta le dice que lo haga, así que le dice a la madre, te devuelvo la idea de que tengo algo malo, la idea de que no merezco ser amada, de que soy mala, de que Dios me va a castigar, te

devuelvo la presión del peso, la idea de que soy fea y que mis huesos son anchos. Te quiero, pero no quiero creerte, ni vivir para tu aceptación. De esta forma se cierra el ejercicio. Se le pregunta a la paciente que cómo se siente y de que se dio cuenta. A lo que la paciente responde, que se siente mejor y que se da cuenta que su mamá no va a cambiar por más que ella le pida, que ella seguirá con su manera de ser. Pero que ella a pesar del amor que siente, quiere independizarse de ella y decidir cómo vivir su vida. También se da cuenta de que mucho de su discurso está dado por la voz de su madre en la niñez y en el presente, y que ella quiere trabajar en construir sus propias creencias de la realidad. Que desea amarse más y que eso va a intentar. Que se da cuenta que mucho de su sufrimiento del peso está dado por la madre y que ya no le va a dar valor a sus críticas. Para cerrar la sesión la paciente dice que, aunque el ejercicio fue duro se va más tranquila y se siente más fuerte.

Después de hacer este ejercicio sale a relucir algo muy importante, que es el hecho de que muchas de los pensamientos desadaptativos de la paciente han sido dados por el discurso de la madre. Se pudo observar en un momento del ejercicio, que parte de las preocupaciones de la madre sobre el peso son preocupaciones de la misma madre que las comparte con la hija. La madre no quiere llegar a un acuerdo en el ejercicio, lo cual menciona la paciente es la misma actitud que tiene la madre en la cotidianidad.

Análisis de datos

Se observa en la paciente una mejora, ella dice que se siente mejor que puede dormir más y que se siente más tranquila. Que tiene pensamientos menos intrusivos y que se siente más tranquila en relación a la madre. En las respuestas del test de Síntomas L.R. Derogatis se observa la mejora de los síntomas de antes y después de la terapia:

Instrucciones: Indique como se ha sentido en o en qué medida este problema le ha preocupado o molestado durante los últimos 7 días.

Síntomas	Antes de la Terapia	Después de la terapia
1.Dolores de cabeza	mucho	bastante
2.Nerviosismo	bastante	bastante
3.Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza	mucho	poco
4.Sensación de mareo o desmayo	nada	nada
5.Falta de interés en las relaciones sexuales	muy poco	muy poco
6.Critico a los demás	poco	poco
7.Siento que otro puede controlar mis pensamientos	nada	nada
8.Siento que otros son culpables de lo que me pasa	poco	muy poco
9.Tengo dificultad para memorizar las cosas	poco	poco
10. Estoy preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo	nada	nada
11. Me siento enojado/malhumorado/a	poco	poco
12.Dolores en el pecho	nada	nada

13.Miedo a los espacios abiertos o las calles	nada	nada
14. Me siento con muy pocas energías	nada	nada
15.Pienso en quietarme la vida	nada	nada
16.Escuchar voces que otras personas no oyen	nada	nada
17.Tengo temblores en mi cuerpo	nada	nada
18. Pierdo la confianza en la mayoría de las personas	bastante	poco
19.No tengo ganas de comer	poco	muy poco
20.Lloro por cualquier cosa	nada	nada
21.Me siento incómodo/a con personas del otro sexo	poco	bastante
22. Me siento atrapada/o o encerrado/a	poco	poco
23. Me asusto de repente sin razón	poco	muy poco
24.Exploto y no puedo controlarme	bastante	poco
25.Tengo miedo de salir solo/a de mi casa	poco	poco
26.Me siento culpable por cosas que me ocurren	mucho	poco
27.Tengo dolores en la espalda	poco	poco

28.No puedo terminar las cosas que empecé a hacer	nada	nada
29. Me siento solo/a	poco	muy poco
30. Me siento triste	muy poco	muy poco
31. Me preocupo demasiado por todo lo que pasa	bastante	poco
32.No tengo interés por nada	nada	nada
33.Tengo miedos	bastante	poco
34.Me siento herido en mis sentimientos	bastante	bastante
35.Creo que la gente sabe lo que estoy pensando	nada	nada
36.Siento que no me comprenden	poco	muy poco
37.Siento que no caigo bien a la gente, que no le gusto	poco	muy poco
38.Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que estén bien hechas	nada	nada
39.Mi corazón late muy fuerte, se acelera	poco	muy poco
40.Tengo nauseas o dolor de estómago	poco	poco
41.Me siento inferior a los demás	poco	poco
42.Tengo calambres en brazos y piernas	nada	nada
43.Siento que me vigilan o hablan de mí	poco	nada

44.Tengo problemas para dormirme	poco	poco
45.Tengo que controlar una o dos veces lo que hago	poco	muy poco
46.Tengo dificultades para tomar decisiones	bastante	bastante
47.Tengo miedo de viajar en tren, bus, metro o subterráneo	nada	nada
48.Tengo dificultades para respirar bien	poco	poco
49.Tengo ataques de frío o de calor	nada	nada
50. Tengo que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo	poco	muy poco
51.Siento que mi mente se queda en blanco	nada	nada
52. Hormigueos en algunas partes del cuerpo	nada	nada
53.Tengo un nudo en la garganta	poco	poco
54.Pierdo las esperanzas en el futuro	nada	nada
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo	bastante	muy poco
56.Siento flojedad, debilidad en partes del cuerpo	poco	muy poco

57. Mi siento nerviosa/a, agitado/a	poco	muy poco
58. Siento mis brazos y piernas muy pesados	nada	nada
59. Pienso que me estoy por a morir	nada	nada
60. Como demasiado	mucho	bastante
61. Me siento incómodo/a cuando me miran o hablan de mí	bastante	bastante
62. Tengo ideas, pensamientos que son los míos	nada	nada
63. Necesito golpear o lastimar a alguien	nada	nada
64. Me despierto muy temprano en la mañana sin necesidad	mucho	bastante
65. Repito muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas	bastante	nada
66. Duermo pensando en problemas, muy inquieto/a	bastante	bastante
67. Necesito romper o destrozarse cosas	nada	nada
68. Tengo ideas, pensamientos, que los demás no entienden	poco	nada
69. Estoy pendiente de lo que nos demás puedan pensar de mí	bastante	bastante

70. Me siento incómodo/a en lugares donde no hay mucha gente	poco	poco
71. Siento que todo me cuesta mucho esfuerzo	nada	nada
72. Tengo ataques de mucho miedo o de pánico	poco	poco
73. Me siento mal si estoy comiendo o bebiendo en público	nada	nada
74. Me meto muy seguido en discusiones	nada	nada
75. Me pongo nervioso/a cuando estoy solo/a	nada	nada
76. Siento que los demás no me valoran como merezco	mucho	bastante
77. Me siento solo aun estando con gente	nada	nada
78. Estoy inquieto/a, no puedo estar sentado sin moverme	bastante	muy poco
79. Me siento un/a inútil	nada	nada
80. Siento que algo malo me va a pasar	nada	nada
81. Gritar o tirar cosas	poco	nada
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente	nada	nada

83. Siento que se aprovechan de mí si los dejo	bastante	poco
84. Pienso cosas sobre el sexo que me molestan	bastante	nada
85. Siento que de debo ser castigado/a por mis pecados	nada	nada
86. Tengo imágenes y pensamientos que me dan miedo	poco	nada
87. Siento que algo anda mal en mi cuerpo	bastante	poco
88. Me siento alejado/a de los demás	poco	poco
89. Me siento culpable	mucho	bastante
90. Siento que en mi cabeza hay algo que no funciona bien	bastante	poco

Dentro de esta comparación se puede observar que algunos de los puntos bajan después de la terapia, otros se mantienen. El resultado del test de SCL-90-R antes de la terapia tiene una puntuación en los niveles de ansiedad de 16 y del índice de severidad global de 120, después de la terapia el puntaje de ansiedad es de 11 y del índice de severidad global de 81. Se considera que el proceso terapéutico fue corto para la necesidad de la paciente y con mayor tiempo y profundización, los síntomas pueden bajar aún más. Muchos de los puntos que se mantienen, son temas nucleares que deben ser trabajados con más terapia enfocada en la emoción combinada con terapia cognitiva conductual, hasta que la paciente

incorpore de forma más profunda el nuevo aprendizaje o la nueva forma de percibir la realidad.

Consideraciones Éticas

En esta investigación se respetarán todas las consideraciones éticas relacionadas a un estudio con individuos. Este estudio será enviado al Comité de Ética de la Universidad San Francisco de Quito para su aprobación. La participante firmará un consentimiento informado previo a su participación, donde se especificarán los objetivos del estudio y donde se aclarará que esta participación es totalmente voluntaria, sin que existan implicaciones laborales o personales negativas para quienes opten por no participar o decidan retirarse en cualquier momento del estudio. Se piensa prevenir cualquier tipo de daño encubriendo la identidad de la paciente y aplicando la terapia de forma respetuosa y al ritmo de la paciente.

Discusión

Fortalezas y limitaciones de la propuesta

Se considera que la combinación de las dos terapias es una de las fortalezas porque cada una da un aporte específico, que si no se hubieran hecho en combinación la paciente no hubiera tenido el aporte que necesitaba. Por otro lado, se observa en el trabajo de silla vacía se puede trabajar también con pensamientos desadaptativos de manera más profunda especialmente cuando se origina o vienen de una persona en específica. Se recomienda este trabajo para paciente que han tenido padres descalificadores y que no logran ablandar

creencias nucleares únicamente por medio del diálogo y las preguntas. Por otro lado, el uso de terapia cognitiva es un excelente recurso para que la paciente logre observar su forma de pensar y puntualmente encuentre nuevas opciones de pensamientos a través de una racionalización y un replanteamiento de las situaciones por medio de la lógica. Considero que las dos terapias conjuntas resultan efectivas, ya que se complementan. Las limitaciones de la propuesta es que se debería hacer a un número grande de personas para observar esta propuesta en más gente. Sería interesante hacer un estudio con mediciones amplias del antes y después de la aplicación de la unión de las dos terapias. Además, se considera que el tiempo de terapia fue corta para la necesidad de la paciente ya que se hizo este estudio de caso, durante prácticas estudiantiles. Se considera que la paciente necesita profundizar nuevamente el trabajo con sus pensamientos desadaptativos y continuar trabajando un par de veces más con silla vacía, para que se profundice el proceso. Posiblemente existan más creencias que deben ser exploradas, en una terapia con más sesiones.

Recomendaciones para Futuros Estudios

Se recomienda hacer un estudio con una terapia de tiempo más prolongado y con una muestra grande en donde se haga un estudio estadístico entre test para medir la ansiedad observando si hay diferencias estadísticamente significativas en los pacientes antes y después de la aplicación de este tipo de terapia. Se propone el estudio de terapia emocional con silla vacía para mover creencias nucleares difíciles de mover únicamente con terapia cognitiva conductual y que se relacionan con la enseñanza de los padres en la niñez, enseñanzas que a veces pueden resultar dañinas.

REFERENCIAS

- Bados Arturo, García Grau Eugenia, (2010). *La Técnica de la reestructuración Cognitiva*. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona.
- Barlow David, Burand Mark. 2001. *Psicología Anormal*. México. Internacional Thomsom Editores.
- Beck Aaton T. 1976. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. U.S.A. Penguin Book.
- Beck Judith S. (1995) *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
- Elliott, R., Watson, J., Goldman, R., & Greenberg, L., (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy*. Washington, U.S.A.
- Greengberg Lesli S. 2006. *Two Chair Technique*. Department of Psychology. York University. Toronto, Canada.
- Greengberg Leslie. (2010). Terapia Focalizada en la Emoción: Una síntesis clínica. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, Vol. VIII, 1. Pp. 32-42. Obtenido el 17 de Noviembre del 2018 de <https://terapiafocalizadaenlaemocion.files.wordpress.com/2012/12/tfe-sintesis-clinica.pdf>
- Luengo Doménec. 2003. *Vencer la Ansiedad*. Barcelona. Ediciones Paidós.
- Nichols Mackay Betty. 1995. *The Gestalt Two Chair Technique: How it relates to Theory*. University of British Columbia. England.
- Olivares Rodriguez José, Rodriguez Piqueras José Antonio, Alcazar Ana Isabel. (2006). Tratamiento Cognitivo-Conductual de una Adolescente. *Terapia Psicológica*, Vol. 24, Nº 1, 87–98. Obtenido el 10 de Abril de 2009 de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78524109.pdf>
- Orgilés Amorós Mireia, Méndez Carrillo Javier, Rosa Alcázar Ana Isabel & Inglés Saura Candido J. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología*, vol. 19, nº 2 (diciembre), 193-204. Universidad de Murcia. España. Obtenido el 15 de Agosto de 2008 de https://www.um.es/analesps/v19/v19_2/03-19_2.pdf

Otte, Christian. (2011) Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues Clin Neurosci*, Dec; 13(4): 413–421. Obtenido el 16 de Septiembre de 2018 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263389/>

Reynolds G, Saint-Hilaire M, Thomas C, Barlow D, & Cronin-Golomb A. (2019). *Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Parkinson's Disease*. Publication: Newbury Park Ca : Sage Publications. United States.

Sanchez Roberto Oscar & Ledesma Rubén Daniel. (2009). Análisis Psicométrico del inventario de Síntomas revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. *Revista Argentina Psicológica XVIII*, p 265-274. Obtenido el 26 de Abril de 2019 de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921775007.pdf>

Watson, C & Greenberg, L. (2017). Emotion-Focused Therapy for Generalized Anxiety. *American Psychological Association*. U.S.A.

ANEXO A: 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:

Organización del investigador (*nombre de la universidad, institución, empresa a la que pertenece el IP*) **Nombre del investigador principal** (*nombres completos*)

Datos de localización del investigador principal *tlfs fijo, celular y correo electrónico.* **Co-investigadores** (*nombres completos*)

Código 201

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
<p>Introducción (<i>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</i>)</p>
<p>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.</p> <p>Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre Psicología clínica, en relación al uso de Terapia Cognitiva Conductual con Terapia Emocional para el tratamiento de la ansiedad porque se quiere observar su aplicación con pacientes.</p>
<p>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)</p>
<p>Es entender como funcionan dos técnicas terapéuticas para tratar la depresión en un estudio de caso en donde habrá 1 participante.</p>
<p>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)</p>
<p>Se harán sesiones de 60 minutos en donde inicialmente se creará el vínculo terapéutico y posteriormente se trabajará con un registro de pensamientos de creencias desadaptativas y posteriormente se trabajará con silla vacía.</p>
<p>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)</p>

EL riesgo es que en algunas sesiones exista incomodidad emocional por hablar de temas emocionales y que hay que trabajar. Los beneficios son que la participante se verá beneficiada del uso de técnicas terapéuticas que funcionan para el manejo de la ansiedad.

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 profesionales y estudiantes 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

Versión y fecha: *(comenzar con el #1; cada modificación será versión n+1)*

Código 201

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 decírselo 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 0992766914 que pertenece a Adriana Fornasini , o envíe un correo electrónico a afornasini@hotmail.com

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

Versión y fecha: *(comenzar con el #1; cada modificación será versión n+1)*

