



**Universidad  
Europea** MADRID

# Terapia Focalizada en la Emoción: caso clínico de Trastorno de Ansiedad Generalizada

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

Autor: José Manuel Hernández Esperilla

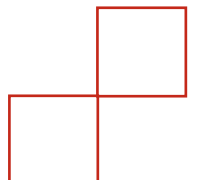
Tutor: Dr. Ciro Caro García

Fecha de realización del trabajo: 28/02/2022

**Campus Villaviciosa de Odón**  
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón  
28670 Madrid

[universidadeuropea.com](http://universidadeuropea.com)

**Campus Alcobendas**  
Avenida Fernando Alonso, 8  
28108 Madrid



## **Resumen**

En esta investigación se ha planteado el estudio de un caso clínico en el marco del trabajo que actualmente lleva a cabo en el Instituto de Investigación y Desarrollo Profesional en Psicoterapia (IDP Psicología) sobre procesos de ansiedad que comprende una intervención ultra-breve, focalizada en la emoción y basada en el trabajo con "escisiones de afrontamiento". El objetivo de la intervención ha sido ayudar a la persona a reducir un problema de ansiedad generalizada y así poder afrontar situaciones similares de forma más adaptativa en el futuro. La paciente ha sido una mujer, cuyo motivo de consulta ha sido originada por la presencia de síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada. Como parte del proceso terapéutico se ha empleado una variedad de estrategias de evaluación, cuantitativas y cualitativas. Estas han sido la observación, la entrevista, registros y medidas, cuya aplicación se ha realizado de acuerdo con las fases que se han previsto en la adaptación del modelo de intervención de TFE breve que ha realizado la Dirección del Centro. Durante seis sesiones, se han planteado objetivos, tareas, devolución, registros y trabajos orientados a ayudar a la paciente a alcanzar una readaptación en un área focal que ha sido delimitada previamente, con la finalidad de obtener mejorías en la situación vital de la paciente como consecuencia de su readaptación. Teniendo en cuenta los resultados de las medidas pre y post de todos los cuestionarios empleados, se puede afirmar que la paciente ha sentido mejoría en todos los objetivos tratados en terapia.

**Palabras clave:** Análisis de Tareas, Diálogo con Escisiones de Afrontamiento, Formulación de Caso, Terapia Focalizada en la Emoción, Trastorno de Ansiedad Generalizada.

## **Abstract**

In this research, the study of a clinical case has been proposed within the framework of the work currently carried out by the Institute for Research and Professional Development in Psychotherapy on anxiety processes that includes an ultra-brief intervention, focused on emotion and based on work with "coping splits". The objective of the intervention has been to help the person reduce a problem of generalized anxiety and thus be able to face similar situations more adaptively in the future. The patient has been a woman, whose reason for consultation has been caused by the presence of symptoms of Generalized Anxiety Disorder. A variety of quantitative and qualitative evaluation strategies have been employed as part of the therapeutic process. These have been the observation, the interview, records and measures, whose application has been carried out in accordance with the phases that have been foreseen in the adaptation of the brief TFE intervention model that has been carried out by the Management of the Center. During six sessions, objectives, tasks, return, records and work have been proposed aimed at helping the patient to achieve a readaptation in a focal area that has been previously delimited, in order to obtain improvements in the patient's vital situation as a result of her readaptation. Taking into account the results of the pre and post measures of all the questionnaires used, it can be affirmed that the patient has felt improvement in all the objectives treated in therapy.

**Keywords:** Case Formulation, Dialogue with Coping Splits, Emotion-Focused Therapy, Generalized Anxiety Disorder, Task Analysis.



## Índice

<b>Resumen</b> .....	2
<b>Abstract</b> .....	2
1. Introducción .....	6
2. Revisión bibliográfica .....	8
2.1. Revisión bibliográfica sobre la conducta - problema .....	8
2.2. Revisión bibliográfica sobre el tratamiento en TFE para TAG .....	9
2.3. Contexto .....	11
3. Relación de la teoría con el caso presentado .....	13
4. Identificación del paciente y motivo de consulta .....	15
5. Estrategias de Evaluación .....	16
6. Formulación clínica del caso. ....	19
7. Objetivos del tratamiento .....	21
8. Tratamiento .....	22
8.1. Técnicas empleadas y temporalización .....	22
9. Valoración del tratamiento .....	27
9.1. Adherencia al tratamiento y alianza terapéutica .....	27
9.2. Consecución de los objetivos .....	30
9.3. Dificultades .....	38
10. Discusión y conclusiones .....	38
11. Referencias bibliográficas .....	40
12. ANEXOS .....	48
12.1. Encuesta sociodemográfica .....	48
12.2. Consentimiento informado .....	49
12.3. Symptom Assessment-45 [SA-45] .....	52
12.4. State-Trait Anxiety Inventory [STAI-R] .....	54
12.5. Anxiety Sensitivity Index—3 [ASI-3] .....	56



12.6.	Escala de autoestima de Rosenberg [EAR] .....	58
12.7.	Personal Questionnaire [PQ] .....	59
12.8.	Clinical Outcomes in Routine Evaluation [CORE-10].....	60
12.9.	Outcome Rating Scale [ORS] .....	61
12.10.	Cuestionario Abierto evaluación de la Consciencia Emocional-Motivacional [CACEM-5] .....	62
12.11.	Cuestionario Helpful Aspects of Therapy [HAT].....	63
12.12.	Session Rating Scale (SRS versión 3.0) .....	65
12.13.	Working Alliance Inventory Short [WAI-S].....	66
12.14.	Objetivos y Tareas en cada sesión .....	68
12.15.	Trascripción CACEM-5.....	70
12.16.	Trascripción HAT .....	71

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Modelo de proceso para la resolución de estados de ansiedad aguda basados en EA .....	12
<b>Figura 2.</b> Elementos de la narrativa del foco terapéutico en formulación de caso en TFE .....	20

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Problema concreto de la paciente .....	15
<b>Tabla 2.</b> Temporalización de los procedimientos de evaluación.....	17
<b>Tabla 3.</b> Resultados cuestionarios de síntomas de ansiedad y nivel de autoestima en la fase 0.....	18
<b>Tabla 4.</b> Valoración relación con la terapia [SRS] .....	28
<b>Tabla 5.</b> Valoración Alianza terapéutica [WAI-S].....	28
<b>Tabla 6.</b> Valoración áreas problema [PQ].....	30
<b>Tabla 7.</b> Valoración dominios de problemas, funcionamiento y riesgo [CORE-10].....	31
<b>Tabla 8.</b> Valoración de dominios de experiencia [ORS].....	33
<b>Tabla 9.</b> Valoración síntomas ansiedad y nivel de autoestima [SA-45, STAI-R, ASI-3, EAR].....	34

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1.</b> Comparativa relación con la terapia [SRS].....	28
<b>Gráfico 2.</b> Comparativa valoración alianza terapéutica [WAI-S] .....	29
<b>Gráfico 3.</b> Comparativa valoración áreas problema [PQ] .....	31
<b>Gráfico 4.</b> Comparativa valoración dominios de problemas, funcionamiento y riesgo [CORE-10].....	32
<b>Gráfico 5.</b> Comparativa valoración de dominios de experiencia [ORS].....	33
<b>Gráfico 6.</b> Comparativa puntuaciones lista de síntomas [SA-45] .....	34
<b>Gráfico 7.</b> Comparativa dimensiones SA-45 .....	34
<b>Gráfico 8.</b> Comparativa puntuaciones ansiedad-rasgo [ STAI-R].....	35
<b>Gráfico 9.</b> Comparativa puntuaciones sensibilidad a la ansiedad [ASI-3] .....	36
<b>Gráfico 10.</b> Comparativa dimensiones ASI-3 .....	36
<b>Gráfico 11.</b> Comparativa puntuaciones en autoestima [EAR] .....	37

## 1. Introducción

Los Trastornos de Ansiedad (TA) constituyen una de las afectaciones psicológicas de mayor impacto emocional (Cano-Vindel, 2003; Cano-Vindel y Ruiz Rodríguez, 2021, Gonçalves Estella et al., 2003). Su prevalencia ha ido aumentando debido a la Covid-19 (López-Martínez y Serrano-Ibañez, 2021; Ramírez-Ortiz et al., 2020), con una estimación total de 4.802,4 casos por 100. 000 habitantes (Santomauro et al., 2021) y niveles de malestar emocional más elevados en las mujeres (Cano-Vindel, 2005; Erquicia et al., 2020).

Desde una perspectiva transdiagnóstica y focalizada en la emoción, los TA involucran respuestas emocionales de tipo secundario o primario desadaptativo, siendo la dificultad que presenta la persona una emoción más básica que permanece atascada y cuyos procesos emocionales varían según el tipo de TA (Timulak y Keogh, 2021).

El grupo de TA contempla subtipos (por separación, mutismo selectivo, fobia específica, fobia social, trastorno de pánico, agorafobia, generalizada, inducido por sustancias o debido a otra afección médica, especificado y no especificado) (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014). De estos, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es una de las causas de consulta más frecuentes (Caballero et al., 2009; Chacón-Fuertes et al., 2020; Kroenke et al., 2007) y representa la conducta problema de interés en este Trabajo Fin de Máster (TFM).

Su abordaje y tratamiento es controvertido debido a que el foco de la intervención ha transitado por modelos cognitivistas, conductuales y psicodinámicos. En oposición a estos modelos, se han desarrollado tratamientos psicoterapéuticos más novedosos y consistentes con la necesidad de un cambio de paradigma en relación con el abordaje de los procesos subyacentes a los cuadros de ansiedad. Desde un enfoque humanista-experiencial, estos tratamientos psicoterapéuticos han resaltado la importancia de los procesos psicológicos básicos que operan como funciones activas subyacentes y que han llevado a desplazar el foco terapéutico hacia fenómenos psicopatológicos transversales (Sandín, 2014).

Bajo este enfoque, las dificultades de ansiedad se caracterizan por la existencia de escisiones ansiógenas (una parte "preocupadora" o "asustadora") que generan tanto desregulación como evitación y cuyo origen evolutivo se encuentran en heridas de apego como son el abuso, el rechazo, el acoso, la negligencia y/o el abandono (Watson y Greenberg, 2017). En este sentido, los TA son considerados como una patología del sí mismo (*self*), que es originada cuando el paciente interrumpe su experiencia inmediata ante un suceso importante y que le resulta excesivamente dolorosa al desconfirmar una creencia nuclear de la identidad de la persona (Wolfe, 2005).

Esta transformación en la forma de entender los TA ha sido compartida en las terapias humanistas-vivenciales; entre ellas, la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) (Timulak y McElvaney, 2018). La TFE

representa un modelo con aval empírico, cuyos fundamentos se sustentan en la integración de las aportaciones de la Terapia Centrada en la Persona (TCP), la terapia Gestalt y la psicoterapia orientada al *Focusing*, adoptando la visión y valores del enfoque humanista y principios del constructivismo, la neurociencia y la teoría moderna sobre las emociones (Greenberg et al., 2015; Greenberg y Elliott, 2014).

La TFE se circunscribe a la línea experiencial-procesal del enfoque neo-humanista, iniciada por North Rice y continuada por Greenberg y Elliott (Segrera, 2014). Originalmente fue denominado terapia de proceso experiencial (Greenberg et al., 1993; Greenberg et al., 2015), aplicado como terapia sistémica y como terapia de pareja por parte de Greenberg y colaboradores (Arraiza González, 2019).

Su origen está arraigado a la concepción humanista del ser humano, siendo una de las orientaciones basada en las Terapias Centradas en la Persona / Experiencial (CPE), cuyas características sitúan al mundo experiencial subjetivo del consultante, al foco del proceso de experienciación y a la relación terapéutica como piedras angulares para el trabajo terapéutico, con matices teóricos y líneas diferenciales que distinguen a la TFE de otros enfoques psicoterapéuticos (Lietaer, 2014; Segrera, 2014).

Su efectividad fue demostrada desde el 2008, evidenciada en el cambio pre-post en los consultantes, además de beneficios durante el seguimiento, siendo estadística y clínicamente equivalentes a otras terapias y tanto o más efectivas que la TCC (Elliott y Freire, 2014). A partir de allí, el enfoque experiencial-procesal y la TFE han sido validados y múltiples líneas de evidencia han consolidado un sustento teórico sólido para incorporarlas en el cuidado primario y en el Sistema Nacional de Salud (SNS) (Elliott y Freire, 2014).

Asimismo, la TFE aporta una metodología de investigación alineada a la naturaleza experiencial-dialógica de la terapia, con resultados terapéuticos satisfactorios en el abordaje de procesos involucrados en los cuadros de depresión (Caro, 2013; Greenberg y Watson 2006), dependencia afectiva patológica (Herrera Landázuri, 2019); trauma complejo (Paivio y Pascual-Leone, 2010) y de dificultades de la ansiedad como es el caso de la ansiedad social (Elliott, 2013; Shahar, 2013; 2014) y del TAG (Timulak y McElvaney, 2016; Watson y Greenberg, 2017).

A la luz de este marco introductorio y de un tratamiento basado en Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), en este TFM se ha planteado el estudio de un caso clínico con TAG desde una intervención híper-breve, focalizada en la emoción y basada en el trabajo con "escisiones de afrontamiento" (Caro, 2020).

## 2. Revisión bibliográfica

### 2.1. Revisión bibliográfica sobre la conducta - problema

El TAG representa una de las causas de consulta más frecuentes en Atención Primaria (Caballero et al., 2009; Chacón Fuertes et al., 2020; Kroenke et al., 2007). Entre las razones están su alta prevalencia y comorbilidad (Ribas Canturri y Martínez Ortega, 2015; Sicras-Mainar et al., 2009), siendo su prevalencia aproximadamente 3,7% en la población adulta y una comorbilidad elevada (81,9%), asociadas con trastornos del estado de ánimo (63%) y otros TA (51,7%) (Ruscio et al., 2017). Además, el TAG se caracteriza por su elevado porcentaje de recaídas y poca respuesta al tratamiento (García Gómez, 2015; Roemer et al., 2002).

La experiencia del TAG es compleja, ya que aun cuando la sintomatología es clínicamente significativa, “más de la mitad de los sujetos que consultan en la atención primaria por síntomas de ansiedad general no alcanza a cumplir los criterios diagnósticos del DSM” (Resnic, 2007, p.62). Por otra parte, su etiología ha originado un debate, con tres ejes principales. El primero es si el TAG es un TA o de personalidad. Los exponentes que apoyan la psicopatología del TAG como TA se han alineado a los dos sistemas de diagnóstico predominantes (DSM y Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE]).

A diferencia, quienes postulan que el TAG es un trastorno de personalidad ansiosa optan por el Manual de Diagnóstico Psicodinámico (PDM) (Etchebarne et al., 2016; 2019). El segundo eje se refiere al rol primordial de la ansiedad y/o de la preocupación como agente patognomónico, predominando el consenso en señalar que es la preocupación. El tercer eje plantea inquietudes sobre el TAG como cuadro nosográfico válido, mixto o como un fenómeno epifenómeno propias de estructuras psíquicas diversas (Etchebarne et al., 2016; 2019).

Entre sus especificidades muestran una estructuración cognitiva, con una anatomía de preocupación excesiva que involucra “la vivencia de indefensión, la sensación de no poder controlar aquello por venir, dispositivo sin el cual no se sostendría el funcionamiento típico del trastorno” (Resnic, 2007, p.63).

Se trata de una condición clínica que comprende una serie de dificultades psicológicas que no solo afectan la calidad de vida, sino la adaptación social y el funcionamiento laboral (Auerbach et al., 2018), siendo un factor de riesgo tanto para la depresión como para el abuso de sustancias (Caro, 2020). En el caso de TAG, la preocupación indiscriminada y la alerta han sido asociadas a la protección frente a la culpa y la responsabilidad por los otros.

Esto implica que cada trastorno, y el TAG, suele organizarse en torno a esquemas emocionales clave, idiosincrásicos en cada individuo y cada caso clínico. Por tanto, es fundamental comprender su funcionamiento como un proceso complejo de síntesis tanto de experiencias, como de estados del yo auto-



organizado, siendo indispensable la definición operativa del concepto de auto-organización (Caro, 2005; Whelton y Greenberg, 2001).

## 2.2. Revisión bibliográfica sobre el tratamiento en TFE para TAG

El tratamiento en TFE se centra en ayudar a los pacientes a explorar y modificar tanto sus experiencias emocionales como sus estructuras subyacentes (los esquemas emocionales) por lo cual son fundamentales el procesamiento emocional y los procesos emergentes de dar sentido. El cambio se produce cuando se logra dar sentido a las emociones implementando una serie de principios del cambio emocional: la toma de conciencia, la expresión, regulación, reflexión y transformación de la emoción; todos en el contexto de una relación empática (Greenberg et al., 2015).

El trabajo terapéutico implica regular las emociones secundarias y primarias desadaptativas; simbolizar en la consciencia aspectos de estas últimas que permitan su reprocesamiento y el acceso a necesidades orgánicas negadas y, en última instancia, la activación de emociones primarias adaptativas, así como la transformación de aquellos esquemas emocionales que se estimen problemáticos, facilitando el acceso libre a la nueva información aportada por estas nuevas emociones (Greenberg, 2019).

Esto implica que la intervención terapéutica en TFE se desarrolle en atención a diversos aspectos de la experiencia que dan forma a las reacciones de la persona como son: la percepción, el afecto, la cognición, las sensaciones corporales, la conducta y el significado (Elliott et al., 2004). La terapia en TFE distingue entre *emociones primarias adaptativas* como la tristeza ante la pérdida o el miedo ante la amenaza, por una parte, y *emociones primarias desadaptativas*, por otra, ambas, reacciones inmediatas, pero estas últimas basadas en esquemas de emoción disfuncionales y que han sido formados en el pasado en situaciones traumáticas que ya no resultan útiles en el presente. Asimismo, se distinguen las *emociones secundarias* como son la rabia, la vergüenza o la ansiedad, respuestas producidas ante emociones primarias (Greenberg, 2019).

A su vez, el tratamiento en TFE asume la naturaleza dialéctica y multivocal de la personalidad, lo cual conlleva a facilitar los procesos de transformación emocional a través de ejercicios vivenciales en los cuales se establece un diálogo entre una parte del sí mismo que ejerce una forma de auto-tratamiento problemático y otra parte que ha venido experimentando el daño de forma pasiva hasta el momento de la terapia (Greenberg y Goldman, 2019). En el caso concreto del tratamiento en TFE para TAG, estudios recientes han validado la efectividad de la TFE (Caro, 2017; Greenberg et al., 2015; López Cavada, 2020) y su aplicación en el tratamiento del TAG (Blázquez Tello et al., 2020; O'Brien et al., 2019; Timulak et al, 2017; Timulak et al, 2018).

La TFE plantea analizar los desencadenantes del dolor emocional, así como la dificultad global para diferenciar las emociones, sin considerar que la ansiedad anticipatoria ejerza un papel central como en los

modelos ya reseñados (Timulak y McElvaney, 2016). Por lo contrario, la TFE avala la premisa de que el dolor emocional de fondo responde a una “mezcla idiosincrásica de emociones basadas en la vergüenza, la soledad/tristeza y el terror/miedo” (Timulak y McElvaney, 2016, p. 46), derivadas de esquemas emocionales, contruidos en etapas tempranas del desarrollo (Timulak y McElvaney, 2016).

El enfoque de la TFE es “transformar el dolor emocional central a través de la generación de las respuestas emocionales adaptativas a las necesidades insatisfechas” (Timulak y McElvaney, 2016). Antes, durante y después del proceso experiencial-vivencial, el terapeuta de TFE juega un papel fundamental, ya que la relación no se desarrolla solo con medios técnicos, sino mediante “la empatía, alianza, profundidad experiencial, activación emocional, creación de significado a partir de la emoción activada, procesamiento productivo de la emoción y secuencias de emociones específicas” (Caro, 2017, p.9).

La TFE propone tres fases que involucran desarrollar las emociones y explorar la angustia; trabajar las emociones primarias desadaptativas y facilitar la aparición de emociones adaptativas (Greenberg et al., 2015). A partir de ellas y de los principios de la TFE, se ha aplicado el modelo de formulación de caso (FC) como modo de trabajo óptimo para el terapeuta, desarrollando competencias perceptuales para detectar e identificar los marcadores que permitan responder a la experiencia emocional del paciente en el momento y dentro de la sesión (Caro, 2017).

Por tanto, el conocimiento del modelo de FC, así como de sus pasos constituyen aspectos fundamentales en el tratamiento en TFE (Greenberg et al., 2015). Sin embargo, la aplicación de estos pasos en el tratamiento en TFE está sujeta al privilegio del proceso sobre el contenido y el diagnóstico del proceso sobre el diagnóstico de la persona (Greenberg et al., 2015). Cada paso involucra el empleo de técnicas que son habituales que se describen seguidamente y que forman parte del tratamiento en TFE para TAG.

En el tratamiento de los TA la TFE ha propuesto estrategias y técnicas orientadas a: 1) moderar el nivel de activación y crear seguridad; 2) atender a aquellas sensaciones corporales relativas a la emoción y explorar esquemas de emoción ante episodios emocionales anteriores; 3) identificar los disparadores emocionales asociados, 4) representar las tendencias a la acción de la parte asustadora; 5) acceder a la memoria episódica de las relaciones tempranas en las que se formaron los esquemas de las emociones primarias desadaptativas; y 6) realizar un diálogo con aquellas figuras de apego que fallaron al no proveer las condiciones de amor incondicional y conexión, valoración y respeto o seguridad y confianza, causantes de las heridas emocionales encontradas en la base de las escisiones ansiógenas como respuestas de hiperadaptación (Timulak, 2015).

Entre las técnicas más habituales para llevar a cabo el proceso de cambio de la persona en los cuadros de ansiedad bajo el Modelo TFE se ha empleado la exploración empática profunda, Focusing y la técnica de la silla vacía. La primera se emplea como línea base de la terapia, ya que además de facilitarle al terapeuta la

evaluación del estilo de procesamiento del paciente y adaptarse a él, le permite desplegar el caso y alcanzar la formulación específica tanto de las heridas emocionales como de las dificultades de procesamiento subyacentes.

El uso de esta técnica persigue facilitar la creación de un foco interno en la experiencia y la exploración de dificultades de modo que aparezcan marcadores de tarea que evidencien las dificultades de procesamiento actuales. Asimismo, posibilita que se simbolicen e integren aquellos elementos de los esquemas de emoción que no han sido procesados como las necesidades, reacciones corporales, la tendencia a la acción, entre otros. Esta técnica favorece la reflexión sobre los cambios y la reorganización de la identidad narrativa del paciente, respondiendo a: ¿quién soy yo?, ¿cómo o qué me ha pasado?, ¿qué necesito? o ¿qué hago? (Angus y Greenberg, 2011).

Por su parte, el Focusing es una herramienta terapéutica (Gendlin, 1982), cuyo objetivo es optimizar tanto la eficacia, como la rapidez del proceso experiencial (corporalmente sentido) mediante los siguientes pasos: despejar un espacio, formar la sensación sentida, encontrar un asidero o permitir que se exprese, resonar o comprobar, preguntar y recibir o terminar (López Marín, 2018). Su empleo permite recuperar la capacidad de procesamiento, lo cual ayuda a las dos partes: experienciante y crítica. En cambio, la técnica de la silla vacía permite llegar al esquema emocional del dolor nuclear y heridas de apego en la voz asustadora/crítica a la vez que suavizarla. (Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1993). Su origen se sitúa en el contexto de la terapia gestáltica, con el propósito de favorecer el crecimiento personal al intensificar las emociones y representar situaciones anteriores que produzcan mayor conciencia de los conflictos (López-Cavada y Anchía, 2019).

### 2.3. Contexto

Recientemente se ha desarrollado una intervención basada en los diálogos con sillas, denominada *Diálogo con escisiones de afrontamiento* (DEA) (Caro, 2020). Es un ejercicio de representación en el que el terapeuta facilita un diálogo entre la parte asustadora y la parte experienciante, potenciando la autoconsciencia de la parte asustadora y la entrada de ésta en un estado de mayor congruencia. El propósito es que abandone la crítica y la sustituya por una autorrevelación vulnerable, pero, principalmente que experimente el sentirse "vista" y "entendida". En el modelo convencional, el trabajo con las sillas en TFE pretende la activación de los esquemas emocionales de la voz crítica y de la parte experienciante (la parte criticada), con el fin de acceder a las necesidades de ambas. La parte experienciante se puede afirmar y la parte crítica puede ganar en congruencia para desvelar su función protectora (asociada a heridas de apego), lo que, en última instancia, conduciría trabajar con la silla vacía para asuntos inacabados. En los diálogos convencionales con la voz crítica, en términos de cambio emocional, se pretende sobre todo la activación de esquemas

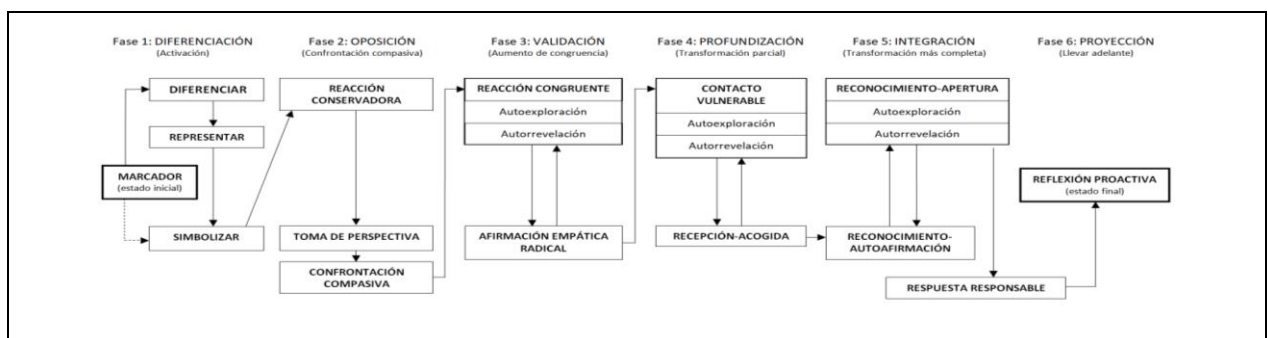
emocionales. Por su parte, su transformación, propiamente dicha, se sitúa en los diálogos con las figuras de apego en la silla de asuntos no resueltos.

El estudio del caso se ha desarrollado como parte de una investigación en IDP Psicología en torno a la caracterización y estudio sistemático de los cuadros de ansiedad mediante la técnica terapéutica *Diálogo con escisiones de afrontamiento* (DEA) (Caro, 2020). Se trata de una intervención ultra-breve focalizada en la emoción y se basa en el trabajo con el concepto de Escisiones de Afrontamiento (EA), involucrando una serie de estudios de caso. Mediante su aplicación, se busca generar un cambio emocional que reduzca de modo drástico el problema de ansiedad que ha motivado la consulta o, en su defecto, afrontar una situación liberando recursos. En el desarrollo de esta técnica, se ha considerado el concepto de EA como base esencial de la intervención terapéutica dialógica y enactiva, cuyo centro son la validación interna y la afirmación empática de la experiencia de la parte asustadora. Estos, en su conjunto, son la clave explicativa de un proceso de asimilación de aquellas experiencias que hayan sido problemáticas para la persona.

El trabajo con EA involucra un procedimiento estructurado que comprende la validación del marcador, activación, confrontación compasiva, reacción congruente, contacto vulnerable y reconocimiento y responsabilización y cuyo proceso es ajustado a las necesidades de la paciente por parte del terapeuta al asumir una posición centrada en la persona. Este no pretende lograr una resolución específica de la autocrítica, sino un movimiento de integración psicológica de la voz opresora (asustadora o crítica) mediante el desarrollo directo de su propia congruencia, siendo la clave la aclaración compasiva de su intencionalidad y la afirmación empática de su vulnerabilidad. (Caro, 2020). Este modelo de proceso se muestra en la Figura 1.

**Figura 1.**

*Modelo de proceso para la resolución de estados de ansiedad aguda basados en EA*



Nota. Caro (2020)

### **3. Relación de la teoría con el caso presentado**

El caso presentado es uno de una serie de casos clínicos relativos a sendos TFM y a otros cuatro casos más, que son conducidos en la actualidad por un grupo de terapeutas en IDP Psicología y orientados en el estudio intensivo de cuadros de ansiedad. Para su desarrollo, ha sido esencial recibir una formación básica en TFE. El trabajo realizado ha permitido recoger datos generales del proceso relativos a formulación y medidas pre-tratamiento y post-tratamiento para evaluar los cambios. Al mismo tiempo, se han elaborado registros cualitativos durante el tratamiento para su análisis y especialmente el de la sesión en que se ha aplicado el DEA (4). Estas son las tres fases principales:

- Selección de pacientes y firma del consentimiento informado.
- Desarrollo de la primera parte del tratamiento a través de cinco sesiones mediante la aplicación del Modelo de proceso para la resolución de estados de ansiedad aguda basados en EA.
- Continuación de la terapia, aplicando los principios y técnicas de la TFE por entre cinco y diez sesiones más.

Asimismo, se ha contemplado la estructura de la intervención con EA. Esta se desarrolla desde un planteamiento experiencial y centrado en la persona. Una de sus características es la presencia compasiva del terapeuta, quien adopta una posición de liderazgo y cuidado, del cual se retirará a medida que el paciente gana presencia y capacidad de diálogo interno, y a medida que la reflexividad improductiva (escisión) es transformada en reflexividad productiva y auto-dirección. En este sentido, la intervención contempla los siguientes pasos: Conectar-Comprender-Actuar.

La implementación de estos tres pasos se lleva basados en los principios del trabajo con EA.

- 1) La ansiedad es un proceso de auto-alerta y auto-amenaza que se produce como una escisión del sí mismo, y que actuará en un principio en niveles de baja consciencia.
- 2) La intencionalidad de la escisión se conformará como una forma de auto-tratamiento relacionada con una herida emocional (necesidades existenciales no satisfechas en su historia vincular) y que se condensará en un conocimiento relacional implícito e inconsciente.
- 3) La escisión asustadora dirigirá su atención hacia el objeto potencialmente amenazante, de una forma poco reflexiva, pre-simbólica y automática.
- 4) La consecuencia será una reacción problemática que requerirá de un despliegue evocador sistemático para revelar sus causas.
- 5) En la intervención con una EA de tipo dialógico y representacional, se utilizarán la validación interna y la afirmación empática hacia la parte asustadora, que servirán para asimilar las experiencias problemáticas que reducirán las escisiones y permitirán recuperar las capacidades experienciales.

- 6) El trabajo con las EA es un modelo de proceso que conducirá de un estado inicial de incongruencia y amenaza a otro de calma, reconocimiento e integración.
- 7) La intervención terapéutica humanista existencial se dirigirá hacia un crecimiento personal y auto-determinación, para desplazar los procesos de ansiedad.

La implementación de estos pasos se asocia a las causas (distal y emocional) que han producido los cuadros de ansiedad, en este caso. En la causa distal es preciso tener en cuenta que cada trastorno suele organizarse en función de esquemas emocionales idiosincrásicos (Goldman et al., 2016). En cambio, en la causa emocional hay que contemplar la sintomatología, y dificultades de ansiedad. La causa emocional comprende la presencia de escisiones ansiógenas (una parte "preocupadora" o "asustadora"), que producirán la desregulación y la evitación, y cuyo origen evolutivo se vinculará a las heridas de apego; es decir, el abuso, el rechazo y el acoso, o la negligencia y el abandono (Caro, 2020).

En la etiología del problema, por su parte, se aprecian el bloqueo fruto de la experiencia, una falta de consciencia emocional y, en consecuencia, un déficit en la simbolización, que generará desorientación. En la memoria de la persona se producirá una herida emocional (necesidades no satisfechas) de sus vínculos cercanos de apego, organizándose mediante un esquema emocional y de significado aprendido, y mediante un auto-tratamiento que le permita disminuir y regular las emociones, lo cual producirá unos síntomas que tendrán que ser auto-tratados, generando nuevos síntomas.

Los disparadores (internos/memoria o externos/lugares y sucesos) activan las heridas y los esquemas emocionales disfuncionales, llevando a la persona a que se organice experiencialmente frente a una situación, mientras que las necesidades no satisfechas empujarán de tal modo que la persona intente recuperar el ser valorada y respetada, querida y comprendida, o protegida (Caro, 2020).

En este caso, se han identificado como causas proximales la ansiedad de la paciente, generada recientemente ante una oposición y que utiliza como supresor experiencial, manteniendo alejada de ella a todo su entorno social y familiar. Esto le ha generado un sentimiento de soledad y aislamiento que potencia su voz asustadora y que le genera miedo ante el posible fracaso en las oposiciones y el temor a tener que compartir esa experiencia con familiares y amigos. Esto le hace sentir vulnerable. Por otro lado, no entiende su relación con su última ex pareja ni la manera en la que se sigue relacionando con él, definiendo la situación actual como "tóxica". Estas últimas experiencias se pueden considerar precipitantes del cuadro de ansiedad de la paciente. Atendiendo a la información de la Tabla 1, se refleja la sintomatología de la paciente.

**Tabla 1.**

*Problema concreto de la paciente*

<b>Síntomas</b>	Insomnio, Imágenes Perturbadoras, Desidia, Cansancio
<b>Psicológicos</b>	“No me siento vista”, “No me valoran”, “Me da miedo no estar a la altura de las expectativas”, “No quiero acabar sola”
<b>Emocionales</b>	Ansiedad, Miedo, Tristeza
<b>Conductuales</b>	Falta de asertividad con su ex pareja ante su insistencia. Se aísla con la excusa de estudiar. Se va de viaje cuando su hermana viene a M. para no verla
<b>Interpersonales</b>	<b>Ex Pareja:</b> No respeta su decisión ni los límites. Actúa como si aún fuesen pareja. <b>Familia:</b> Se relacionan de manera disruptiva desde siempre. Con su hermana mediana apenas tiene relación. Siente que está fallando a sus padres. <b>Padre:</b> Lo describe como evitativo, obsesivo y poco conectado con sus emociones. “Es imposible hablar con él” <b>Amigas:</b> Manifiesta tener apoyos con amigas pero poca intimidad emocional
<b>Esquema de Emoción</b>	<b>Percepción:</b> No voy a estar a la altura de lo que se espera --> ansiedad y miedo <b>Memoria:</b> Discusiones del pasado con familia cada vez que no se cumplían las expectativas o actuaba en contra de los esquemas familiares. <b>Sensaciones:</b> agobio, miedo, ira. <b>Creencias y significados:</b> “nunca te van a aceptar como eres” “no eres capaz de expresar tus deseos y necesidades” <b>Motivación:</b> huir de los problemas. <b>Tendencias de acción:</b> Aislarse. Romper relaciones sentimentales.

#### 4. Identificación del paciente y motivo de consulta

La paciente ha accedido a la terapia mediante entrevista de cribado (Anexo 12.1). Por tanto, ha sido informada en todo momento del procedimiento, duración, así como de los instrumentos diagnósticos y de valoración empleados. De igual modo, se ha solicitado consentimiento (Anexo 12.2).

Es una mujer de 30 años de edad; de estado civil soltera, sin hijos y con estudios universitarios. Es de procedencia española, al igual que su familia, integrada por sus padres y dos hermanas, quienes viven fuera de Madrid. La paciente ha señalado ser la menor de las tres, siendo su relación con la mediana bastante disruptiva hasta el punto de evitarse en lo personal, buscando actividades de todo tipo para no coincidir

con ella en eventos familiares. Al inicio del proceso terapéutico, manifiesta no querer hablar de sus padres de momento. La paciente ha manifestado que vive sola con su perro en custodia compartida con su ex, del que se ha separado hace un par de meses y cuya ruptura le está afectando más de lo esperado.

El motivo de consulta por el cual ha acudido a terapia es por presentar sintomatología asociada a TAG. Durante la entrevista, ha manifestado que sufre ansiedad desde hace años, aunque en los últimos meses se ha visto agravada a raíz de su ruptura sentimental. Al respecto, ha señalado que quizás fue culpa suya por tratar de convertir a su ex en algo que no era y presionarle demasiado. Sin embargo, considera que él está muy lejos de su ideal por lo cual no volvería a elegirle como pareja. Al referirse a sí misma, se declara hipocondriaca, histérica, controladora e iracunda. Ante la pregunta de cuáles son los temas que más dolor emocional le generan actualmente, ella ha manifestado que tiene mucho miedo en particular al rechazo, a no encajar y a sentirse incomprendida. Por tanto, busca un entorno seguro, calma, calor y cariño, siendo los abrazos, sin contacto físico o de corta duración lo que más extraña. Además se siente culpable por la situación familiar.

## **5. Estrategias de Evaluación**

En el estudio de este caso se han empleado estrategias de evaluación cuantitativas y cualitativas, orientadas hacia la recopilación de datos del proceso. Ha sido fundamental el empleo de la observación, la entrevista, registros y cuestionarios según las fases previstas en la investigación realizada en el centro. El procedimiento básico de evaluación que conduce a la formulación del caso ha sido la entrevista clínica centrada en la identificación de procesos de auto-tratamiento del dolor emocional que producen la sintomatología ansiosa (Goldman et al., 2016).

La terapia se desarrolló en varias fases, determinadas a priori por el diseño del proyecto de investigación general. En una Fase 0 (*Evaluación*), se recopilaban datos socio-demográficos (Anexo 12.1) y evaluó la sintomatología mediante el cuestionario Symptom Assessment-45 (SA-45) (Anexo 12.3), la subescala de Ansiedad-Rasgo del STAI (State-Trait Anxiety Inventory, STAI-R) (Anexo 12.4) y la Escala de Sensibilidad a la Ansiedad (Anxiety Sensitivity Index-3, ASI-3) (Anexo 12.5). Complementariamente, y con la intención de evaluar el impacto terapéutico de la intervención, la persona también respondió a la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) (Anexo 12.6).

La Fase 1 correspondió a la primera entrevista en la que se trabajó con el motivo de consulta inicial y se ayudó a la paciente a explorar su experiencia del problema, obteniéndose claves interpretativas para formular el caso. Se utilizó el procedimiento llamado Personal Questionnaire (PQ) para identificar metas terapéuticas y objetivos de cambio personales (Anexo 12.7). Además, y con el fin de obtener registros que permitieran trazar el proceso de cambio, en cada sesión, la paciente respondió a una serie de cuestionarios pre- y post-sesión recogidos en la Tabla 2.



**Tabla 2.**

*Temporalización de los procedimientos de evaluación*

	Fase 0	Fase 1 (evaluación)			Fase 2 (intervención)		
		Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6
Cuestionarios pre-sesión	SA-45 STAI-R ASI-3 EAR	CORE-10 ORS	CORE-10 ORS	CORE-10 ORS	CORE-10 ORS	CORE-10 ORS	CORE-10 ORS
Cuestionarios post-sesión	SA-45 STAI-R ASI-3 EAR	PQ CACEM-5 HAT SRS	CACEM-5 HAT SRS WAIS-S	CACEM-5 HAT SRS	CACEM-5 HAT SRS	CACEM-5 HAT SRS	PQ CACEM-5 HAT SRS WAI-S

- **Symptom Assessment-45 [SA-45]:** instrumento abreviado para evaluar síntomas psicopatológicos en 45 ítems. Tiene nueve escalas de 5 ítems cada una. Las escalas son las siguientes: Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. (Sandín et al., 2008).

- **State-Trait Anxiety Inventory [STAI-R]:** es una de las dos escalas que integran el STAI (Spielberger et al., 1970; 1986), evalúa la ansiedad mediante un total de 40 ítems. De estos, los primeros 20 miden la ansiedad Estado (1-20) y los 20 restantes miden la ansiedad-Rasgo (21-40). Cabe resaltar que la STAI-R evalúa de forma razonable el TAG al cubrir más del 50% de sus síntomas (Sanz, 2014).

- **Anxiety Sensitivity Index-3 [ASI-3]:** versión derivada de la ASI y de la ASI-R que ha permitido evaluar a través de 18 ítems las dimensiones física, cognitiva y social de la sensibilidad a la ansiedad. La versión española, las propiedades psicométricas han sido validadas como excelentes, sugiriendo puntuaciones más elevadas en las mujeres en la subescala física y en la total (Cárdenas, 2007; Sandín et al. 2007).

- **Escala de Autoestima de Rosenberg [EAR]:** Cuestionario utilizado para la medición global de la autoestima personal (Rosenberg, 1965). Consta de 10 ítems; cinco de forma positiva y cinco de forma negativa, controlando el efecto de la aquiescencia. (Vázquez Morejón et al., 2004).

- **Personal Questionnaire [PQ]:** Medida de resultado semanal que evidencia el cambio individualizado mediante un procedimiento de generación, refinación, priorización y puntuación de ciertos ítems sobre dos problemas en relación con cinco áreas: 1) síntomas, 2) estado de ánimo, 3) actividades específicas, 4) relaciones y 5) autoestima. (Elliott et al., 1999).

- **Clinical Outcomes in Routine Evaluation [CORE-10]:** Instrumento que incluye 10 ítems; seis de dominio de problemas, tres de dominio de funcionamiento y uno de riesgo (Anexo 12.8). (Barkham et al., 2013).
- **Outcome Rating Scale [ORS]:** Evalúa el funcionamiento del paciente en 4 áreas: bienestar individual, funcionamiento interpersonal, funcionamiento social y sensación general de bienestar, puntuando en las líneas que identifican cada área (Anexo 12.9). (Duncan y Reese, 2015).
- **Cuestionario Abierto para la evaluación de la Consciencia Emocional-Motivacional [CACEM-5]:** cuestionario diseñado por Caro García et al. (2008), con cinco preguntas abiertas dirigidas a evaluar la consciencia emocional-motivacional en psicoterapia, las cuales deben ser respondidas en atención a una secuencia procedimental de tres pasos: 1) detenerse un momento, 2) prestar atención a uno mismo y 3) expresar las propias vivencias con palabras (Anexo 12.10).
- **Helpful Aspects of Therapy Form [HAT]:** Instrumento cualitativo post sesión en el que el paciente describe su experiencia durante la sesión (Anexo 12.11). (Elliot, 2012).
- **Session Rating Scale [SRS]:** Medida de la alianza terapéutica diseñada por Miller et al. (2002). Se administra al final de las sesiones. Los 4 ítems miden las dimensiones calidad del vínculo terapéutico, objetivos y temas de la sesión, el enfoque y método del terapeuta y una escala global sobre la utilidad de la sesión (Anexo 12.12). La SRS permite que los pacientes expresen sus opiniones, puntuando en una línea de 10 cm, su conexión con el terapeuta (Duncan y Reese, 2015).
- **Working Alliance Inventory-Short [WAI-S]:** instrumento para evaluar los componentes que configuran la alianza terapéutica y el grado de aceptación del paciente hacia el tratamiento y el terapeuta (Vöhringer et al., 2013). (Anexo 12.13).

A continuación, en la Tabla 3 se muestran las puntuaciones obtenidas mediante la administración de los cuestionarios de síntomas durante la fase 0, con las cuales se ha establecido el perfil de la paciente.

**Tabla 3.**

*Resultados cuestionarios de síntomas de ansiedad y nivel de autoestima en la fase 0*

Evaluaciones	SA-45										STAI-R		ASI-3			EAR	
	T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	FOB	PSIC	HOS	PAR	T	T	F	C	S	T	
Pre-tratamiento	78	9	8	12	16	14	4	0	8	7	42	53	19	21	13	24	

Según se observa, la paciente obtuvo una puntuación total en SA-45 de 78, obteniendo 0 en Psicoticismo (PSIC); 4 en Ansiedad fóbica (FOB); 7 en Ideación paranoide (PAR); 8 en Obsesión-compulsión (OBS) y en Hostilidad (HOS); 9 en Somatización (SOM); 12 en Sensibilidad Interpersonal (SI); 14 en Ansiedad (ANS) y

16 en Depresión (DEP). Los valores más altos se ubicaron en las dimensiones ansiedad, sensibilidad interpersonal y depresión.

En STAI-3 ha puntuado 42, sugiriendo un nivel de estado rasgo alto, mientras que en ASI-3 ha puntuado 53, cuya sumatoria proviene de las tres dimensiones de la escala (19, 21 y 13, en las dimensiones física, cognitiva y social), observándose puntuaciones más elevadas en la dimensión cognitiva. En cuanto al nivel de autoestima, la puntuación directa ha sido 24, evidenciando un nivel de autoestima baja en la paciente de este caso clínico.

## **6. Formulación clínica del caso.**

Mientras se ayuda a la paciente a desplegar la narrativa del problema y de la historia vital en la que se encuadra, se ha escuchado la experiencia emocional más dolorosa, observando, además, el estilo de procesamiento de la paciente para identificar en forma cooperativa la historia que reside detrás del relato, atendiendo especialmente a los temas de apego e identidad, fundamentalmente. A partir de allí, ha sido muy importante identificar los esquemas de emoción nuclear y las auto-organizaciones asociadas, ya que estos actúan como determinantes de los problemas de la paciente. Por tanto, ha resultado esencial la co-construcción de los temas emergentes que han sido vinculados a esos esquemas en forma de temas relacionales nucleares como la pérdida, el abandono o el rechazo.

Entendiendo que cada emoción de la paciente ha emergido de la historia sobre sus relaciones y su ambiente, ha sido fundamental plantearse el uso del MENSIT como soporte de la FC en TFE siendo el núcleo de la formulación como producto.

En este sentido, se ha buscado identificar los elementos correspondientes al MENSIT: (M) marcadores de tarea claves (E) emociones primarias clave en la dificultad; (N) necesidades asociadas a la emoción primaria, que no están siendo satisfechas y que siguen presionando; (S) emociones secundarias que aparecen como reacción a las emociones primarias y que oscurecen el cuadro, consumiendo recursos de la persona y generando un malestar añadido; (I) mecanismos o procesos interruptores desarrollados por la persona para protegerse del dolor resultante de las emociones primarias desadaptativas, limitando la conciencia de las necesidades que no han sido satisfechas o bien para gestionar el malestar secundario, bloqueando el acceso tanto a los esquemas de emoción subyacentes, como a su potencial transformación y (T) temas clave en los que se articulan los esquemas de emoción y que han venido configurando las dificultades de la paciente en términos de la relación entre aspectos del sí mismo (yo-yo) o de los efectos duraderos de la relación con un otro significativo (yo-otro), además de los que son resultantes de la conciencia existencial de la persona (Caro, 2017).

En la Figura 2 se presenta un esquema que muestra las relaciones entre los elementos del MENSIT. Es importante resaltar que la formulación del foco ha surgido tácitamente en la conversación terapéutica sostenida con la paciente.

**Figura 2.**

*Elementos de la narrativa del foco terapéutico en formulación de caso en TFE*



*Nota.* Ciro García (2017).

Con base en los elementos de la Figura 2, el MENSIT ha arrojado lo siguiente en relación con la paciente:

**Marcadores de tarea:**

- Diálogo con escisiones de afrontamiento.
- Asuntos no resueltos con el padre
- Conectar con sus necesidades

**Emociones primarias:** miedo al rechazo

**Necesidades:** de ser aceptada, comprendida, querida, vista.

**Secundarias:** Ansiedad, tristeza, ira, frustración

**Interrupciones:** Huir, aislarse, abandonar relaciones, no mantener contacto con familia

**Temas:**

1. Eres una histérica y controladora.
2. Nunca dices lo que piensas.
3. Eres tan complaciente que olvidas tus verdaderas necesidades

4. Crees que si supiesen como eres realmente nadie te aceptaría.

Con base en estas categorías, se ha presentado la formulación del caso a la paciente y se le ha pedido que manifieste cómo le llega; es decir, qué le hace sentir, cómo y dónde, expresando cuán identificada se ha sentido con la formulación de caso siguiente, acompañada del siguiente reporte narrativo:

*Te percibes como “histérica, controladora e iracunda” por esa voz autocrítica que no deja de juzgarte, posiblemente relacionada con una herida del pasado quizás relacionada con tus padres de los que no quieres hablar por estar cerca de las oposiciones, aunque eso implique renunciar a sentirte aceptada, comprendida y querida, que es justo lo que más necesitas.*

*Necesitas poder expresar todo el malestar que esas viejas heridas te provocan y poder expresar tus necesidades libremente, para que puedas cicatrizar y seguir adelante sin esa carga. Para poder así mostrarte cómo eres realmente, sentirte aceptada sin tener que esconderte tras una imagen que has creado para protegerte del miedo al rechazo y ser capaz de expresar con total asertividad quien eres y qué necesitas.*

Una vez comprendida por completa la formulación del caso por parte de la paciente, ella ha verbalizado sentirse totalmente identificada con la información aportada por el MENSIT de manera que ha sido posible darles forma a las emociones sentidas y planificar los objetivos terapéuticos que han orientado el tratamiento que se describe en el próximo apartado.

#### **7. Objetivos del tratamiento**

Como se ha señalado previamente el MENSIT es un soporte de la FC en TFE, ya que sus elementos permiten construir la narrativa del foco terapéutico tal como se aprecia en la Figura 1. En este sentido, los marcadores de tarea se reconocen cuando la persona ha sido superada por la ansiedad aguda, llevándola a buscar ayuda, con orientación externa. Por ello, el objetivo que se busca a partir del MENSIT es que la paciente se haga cargo tanto de su experiencia interna, como de las sensaciones, emociones y del diálogo interno entre las voces para develar las intenciones de la voz asustadora que en realidad está asustada y lo único que quiere es que la paciente se haga cargo de la situación de un modo coherente.

A su vez, se ha buscado conocer los motivos por los cuales la paciente interrumpe y evita las emociones primarias, las heridas y el dolor nuclear, dando lugar a los síntomas y al mantenimiento del problema y generando más ciclos comórbidos. En este sentido, se ha procurado romper el ciclo presente y deconstruir el proceso tanto del síntoma como del dolor nuclear de la herida y abordar los temas que han estado sujetos al proceso de supresión de la experiencia y la reflexividad improductiva, operando de forma automática a nivel intrapersonal y alertando de un modo que no ayuda a la paciente.

Por ello se han considerado los síntomas relacionados con la supresión de la experiencia, la reflexividad improductiva y las acciones irreflexivas. A su vez, se han contemplado objetivos vinculados a la naturaleza íntima del problema emocional atendiendo a los indicadores que nos proporciona el MENSIT como medio de FC. El marcador de tarea identifica un asunto no resuelto con su padre y su familia que a su vez ha creado una vulnerabilidad creciente en la autoestima de la paciente y en su toma de decisiones, teniendo como síntomas la ansiedad. Con base en esto, en este caso clínico se han contemplado los siguientes objetivos:

- Ayudar a que la paciente sea consciente de su experiencia interna y de la presencia de su voz crítica.
- Entablar un diálogo entre sus escisiones (DEA) para primero ver que tiene que decir su voz crítica sobre ella.
- Aumentar la profundidad del diálogo tras un intercambio de sillas para darse cuenta que es su voz crítica quien realmente tiene miedo, seguramente por necesidades no satisfechas. Esto bajará la tensión con la que se relaciona con su voz asustadora y podrá así romper con el auto-tratamiento con el que suele contrarrestar sus emociones.

Estos objetivos, se traducirán en lo siguiente:

- Menor ansiedad.
- Relacionarse de manera funcional con su familia y conocidos.
- Aumento de su autoestima.
- Disminución en la crítica consigo misma disminuyendo así el sentimiento de culpa generalizado.

Cabe resaltar que los mencionados auto-tratamientos son mantenedores del problema y generan nuevos focos de dolor por la propia naturaleza interruptora (aislarse, romper con sus parejas, discutir con su familia).

## **8. Tratamiento**

### **8.1. Técnicas empleadas y temporalización**

El tratamiento ha constado de un total de seis sesiones y ha tenido como centro el DEA. Las sesiones se han desarrollado semanalmente, con una duración de 60 minutos en atención a los objetivos, fases y momentos claves de la intervención.

**Primera sesión:** Para lograr los objetivos, se han utilizado la exploración empática general, la brújula del dolor y el despliegue evocador sistemático para acoger y desplegar lo implícito de la demanda. Se ha podido conocer, en principio, que gran parte de los estados ansiosos de la paciente están asociados con las relaciones con una de sus hermanas, a quien evita en eventos familiares; con sus padres de quienes no quiere hablar y con su ex, cuya ruptura señala le ha afectado más de lo esperado, aunque reconoce que no

es su tipo ideal. Su percepción sobre sí misma la lleva a declararse como *“histórica, controladora e iracunda”*, sugiriendo que la voz autocrítica que no deja de juzgarla posiblemente está relacionada con una herida del pasado o probablemente con sus padres, aunque la paciente refiere que no existe relación directa aparente entre estos y su estado ansioso actual.

En cuanto a la devolución, se ha trabajado con una impresión general sobre la naturaleza del dolor emocional de la paciente y sobre cómo se ha producido en la actualidad. Por tanto, se ha preguntado a la paciente sobre los temas que más dolor emocional le han generado actualmente. La respuesta ha sido que tiene mucho miedo y que en particular le teme al rechazo; a sentirse incomprendida y a no encajar, lo que pareciera ser justo lo que la paciente necesita.

Se han realizado registros de las heridas potenciales, del dolor nuclear, de los temas y problemas importantes, del nivel de organización de la paciente, del estilo de afrontamiento y de su actitud para afrontar las relaciones con su familia y con su ex para luego elaborar un MENSIT o formulación del caso y entender bien el caso. En cuanto al trabajo para casa, se le ha recomendado a la paciente visionar durante la semana el video del Búho Alfred.

**Segunda sesión:** Al inicio, se le ha presentado CORE-10 y Escala ORS para ser cumplimentadas. Posteriormente, la sesión ha comenzado con un resumen de la semana por parte de la paciente, quien ha manifestado sentirse más animada y con más tiempo. Ha expresado que debido a que un proyecto que tenía pendiente no ha salido, tiene más tiempo disponible para realizar tareas de ocio que echaba de menos.

La sesión se ha desarrollado comentando lo que ha realizado en la semana y al terminar su relato, ha llegado el momento de leer y compartir la narrativa del MENSIT ya presentada en el apartado sobre la formulación de caso de la paciente mediante los seis elementos de las experiencias y procesos de la paciente que han sido considerados en la Figura 2 para dar forma al foco terapéutico en la formulación de caso en TFE.

Se le ha pedido que preste atención al mensaje de la formulación y manifieste cómo le llega para que pueda expresar qué le hace sentir, cómo, dónde y cuán identificada se siente con la formulación. Tras procesar la formulación, la paciente ha manifestado sentirse totalmente identificada de modo que el resto de la sesión transcurre dándole forma a las emociones sentidas durante la comprensión del MENSIT y planificando los objetivos terapéuticos en base al MENSIT aportado.

Tras concluir el tiempo se han pasado los test correspondientes al final de la sesión.

**Tercera sesión:** Se han aplicado una variedad de tareas y ejercicios como la psicoeducación del funcionamiento experiencial mediante el Focusing, regulación emocional explícita e implícita (ejercicio del

ciclo de respiraciones), construcción psicodramática de un espacio existencial, un lugar seguro, ejercicio de silla en la vida, trabajo de escisiones con afrontamiento, validar y formular dificultades de mentalización.

La sesión ha iniciado completando los test. Tras esto se ha realizado un breve repaso de la semana, analizando los resultados extraídos de los test mencionados. De ellos se ha extrapolado que, en líneas generales, ha disminuido su sensación de ansiedad, desesperanza e infelicidad. En cuanto a la interacción social, la paciente ha verbalizado que se ha visto afectada por interacción personal con una hermana que comunica que vendrá a visitarla en breve. Esto le genera picos de ansiedad focalizados en el pecho y en especial durante la noche, lo que le impide una higiene de sueño adecuada.

Por tanto, se ha empleado la técnica de Focusing para explorar lo más sentido de su mundo emocional. Se evoca a la paciente a que verbalice aquellos asuntos o temas que impiden despejar un espacio seguro. Mientras los enumera se le ha pedido que imagine que mete en una caja cada uno de esos pensamientos y los deje junto a ella para ocuparnos después. La paciente ha verbalizado cada uno de sus miedos más recurrentes como a no estar a la altura de lo que se espera de ella, volverse tóxica en sus relaciones personales y en especial su relación con los miembros de su familia. Al preguntarle dónde ubica el malestar que le generan todos esos pensamientos, ha respondido que principalmente en garganta y pecho. Ante la pregunta de forma, color, movimiento, ha indicado que siente una masa verde, viscosa, palpitante y creciente.

Seguidamente, se le ha preguntado cuál de todas las cajas le parece la carga más pesada, la que más le cuesta mover. Ha manifestado que es la caja de su familia, pero abrirla le genera más miedo aun que dejarla cerrada. Se evoca que la aparte hacia un lado mientras respira profundo para despejar un espacio seguro. En el espacio seguro, la paciente manifiesta sentirse tranquila, aunque algo preocupada por la presencia de las cajas, pero que sabe que no pueden abrirse sin su permiso lo que le genera calma. Se le ha permitido que esté consigo misma en su espacio seguro, que disfrute de la respiración y que indique qué siente. Afirma sentirse calmada, segura, en paz, que el aire entra y sale limpio a través de sus pulmones, que eso le proporciona sensación de frescura, sin la masa viscosa verde.

Tras unos breves instantes consigo misma, se ha recuperado la sensación más sentida, manifestada en la caja de la familia. Ante el miedo a abrir esa caja, se ha optado por recurrir a la técnica de una silla con la vida, dejando así que sea ella quien decida qué temas sentar en la silla. Al ocupar la silla frente a ella, se le pide que indique quién es y porqué asusta a la paciente. En un primer lugar, no toma identidad definida, manifestándose como “la vida”, “los problemas” y “asuntos personales”.

Ante la pregunta “¿Quién crees que debería estar sentado en esa silla?” Responde que su familia. De inmediato, se hace un cambio de silla, permitiendo que sea la paciente quien se dirija a ella de manera asertiva y haciendo de la confrontación compasiva una conjetura empática sobre las críticas recibidas. Tras



varios cambios de silla, finalmente la parte asustadora reacciona de manera más congruente y empieza a sentir la fortaleza de la parte experienciante. Tras este ejercicio, la paciente ha manifestado sentir un gran alivio y “haberse quitado un peso de encima”. Para dar por terminada la sesión, se hace uso de focusing de agradecimiento y se integra la experiencia en su sensación más sentida.

**Cuarta sesión:** Para el logro de los objetivos planteados, se han aplicado técnicas y tareas de escisiones ansiógenas y autocríticas. Tras completar los test previos a la sesión, se ha procedido a empezar con un ejercicio de focusing para rescatar las emociones más vivas de la paciente. Para ello, se ha recurrido al ejemplo de la sesión anterior para rescatar sensaciones y la sensación sentida que más se necesita solucionar. De nuevo aparece el miedo como la emoción dominante en cada uno de los pensamientos que impiden a la paciente despejar un espacio seguro.

Como ya se ha descrito en apartados anteriores, en esta sesión se ha desarrollado la técnica DEA en atención a las fases y momentos clave de la intervención (DEA). Mediante la técnica se ha permitido identificar a la voz crítica de la paciente, sentarla frente a ella en una silla y permitir un diálogo entre partes. Por tanto, la sesión ha transcurrido con el protocolo definido para la técnica.

Durante esta actividad, la voz crítica comienza a verbalizar todo cuanto aborrece de la parte experienciante en la primera sesión. Si bien sus afirmaciones son de índole asustadora, no tienen la dureza que la parte experienciante manifiesta escuchar a diario. Por tanto, evocamos de nuevo a la voz crítica para que sea realmente crítica y no una versión menos descafeinada de la parte experienciante.

Al detectar que a la paciente le cuesta cambiar de roles, se ha realizado un ejercicio de focusing para que la voz crítica adopte su identidad y pueda compartir con la experienciante todas sus quejas y reproches. Tras esto, la parte crítica reacciona con dureza sobre la experienciante. Algunas de sus críticas han sido: “eres una cobarde”, “tratas de agradar a todos porque te da pánico quedarte sola” “eres un fraude sin personalidad”.

Seguidamente, se ha procedido a cambiar de silla para que la parte experienciante pueda manifestar a la crítica cómo le ha hecho sentir escuchar todas sus críticas y de manera asertiva decirle, granando fuerza en su voz, que esos mensajes no están ayudándola en nada, tan solo haciéndola sentir cada día más insegura. Tras varios cambios de sillas, se ha conseguido que la voz crítica reconozca la validez y la fortaleza de la experienciante que gana fuerza y le hace una revelación compasiva, haciéndole ver que quien realmente tiene miedo es la parte crítica, proyectándolo en la experienciante y creando la ansiedad recurrente objeto de terapia.

Finalmente, se ha llegado a un acuerdo entre partes para mantener una relación más empática y compasiva, razón por la cual se ha finalizado la sesión con ejercicio de focusing para comprobar que la sensación inicial de “energía viscosa” ha desaparecido y que se ha integrado el diálogo entre las partes.

**Quinta sesión:** Para el logro de los objetivos correspondientes a esta sesión, se han aplicado las tareas de Focusing sobre “que me pide este momento” o “a que me invita”, así como la elaboración de una lista de aspectos vivenciales a monitorizar, seleccionando uno de estos para la elaboración de un ensayo conductual, la concreción y apropiación de algún auto-premio o celebración por el logro y el desarrollo de un cuidador interno como compañero y ayuda. La devolución se ha realizado mediante el refuerzo social positivo por los avances y resultados logrados de la paciente hasta esta sesión.

La sesión comienza con la rutina de test habituales. La paciente ha manifestado haber estado muy tranquila toda la semana y así se refleja en las pruebas señaladas. Seguidamente, se da inicio al procedimiento de focusing dejando salir lo más vivo en ese momento a través de preguntas del tipo “qué te pide este momento”. La paciente ha verbalizado su deseo de abrir algunas “cajas” que en anteriores sesiones no se atrevió a abrir y que su relación con su voz crítica es mucho más amable.

Posteriormente, se dio inicio a un ejercicio en el que terapeuta simula lanzar pelotas con temáticas que al llegar a ella eclosionan y despliegan una sensación en ella, rescatando temas que en sesiones anteriores generaban sensaciones incómodas o de malestar. En ninguno de los temas lanzados ha manifestado sensación de ansiedad o malestar. Además, ha reconocido que alguno como el tema “ex pareja”, debería ser tratado más adelante en terapia; sin embargo, ha señalado que no le produce el malestar emocional de semanas atrás. Se la ha preguntado cómo se siente ante el cambio del que está siendo testigo en ese momento; ella se ha mostrado muy ilusionada y emocionada, pero hace del conocimiento del terapeuta que le da miedo que solo sea algo pasajero, develando su voz crítica. Se ha recurrido a la técnica de la silla para evocar la voz crítica y así para consolidar su relación adaptativa actual y facilitar el proceso de dejar de emitir mensajes asustadores.

De esta experiencia, cabe reseñar que la paciente ha procesado muy rápido el cambio de modo, siendo innecesario precisar más de un par de cambios de silla para silenciar a la voz crítica en momentos de auto-premio y reconocimiento, entendiendo que es un auto-tratamiento generado por el miedo y que se ha procesado rápidamente. Se ha elaborado un resumen de cómo ha afectado esta nueva manera de dialogar con sus escisiones en su vida diaria. Al respecto, ha manifestado sentirse más segura en general y especialmente en su toma de decisiones, no entrando en bucle cada vez que tiene que tomar una decisión trascendente o incluso poco relevante. Aunque en ocasiones siente ansiedad, ya no es protagonista de sus días y señala que es capaz de regularse rápido consciente de que es su voz crítica, quien le habla lo que la ha ayudado a procesar la emoción de manera eficaz. Tras la sesión se dedican unos minutos a realizar los test post sesión.

**Sexta sesión:** Esta sesión ha iniciado completando los test habituales. Adicionalmente, se le ha indicado que, como ya sabe, esta es la última del ciclo. Por tanto, se le ha pedido que haga evaluación de los cambios, revisando los objetivos señalados en el cuestionario PQ que realizó al comienzo de la terapia.

Seguidamente, se ha repasado una a una las áreas problema señaladas, manifestando que ninguno de esos asuntos le preocupa especialmente. Ha verbalizado tenerlos completamente superados de modo que, a su juicio, se pueden pasar a otros asuntos.

Sobre el último aspecto “convivir con mis padres” la paciente ha manifestado que la relación con sus padres y familia en general ha mejorado muchísimo y que la posibilidad de vivir con sus padres no le parece una mala opción, aunque ha decidido buscar alternativas que considera le harán más feliz.

En este punto, manifiesta su satisfacción por ser capaz de tomar decisiones de ese calibre sin que le genere apenas ansiedad. Asimismo, ha señalado ser mucho más paciente y tratarse con mucha más amabilidad y menos dureza. Ha reconocido, además, seguir escuchando a su voz crítica más alto de lo que le gustaría, pero que ya no pasa ni a menudo ni tiene un impacto en su mundo emocional tan grande. Ha asegurado que mandarla callar con el comando “basta ya, ahora no es relevante para nuestros intereses” le ayuda a regularse.

Finalmente, ha verbalizado sentirse muy contenta con el trabajo en asertividad realizado durante toda la terapia y ha comentado que le ha ayudado mucho especialmente en su trabajo en y en sus relaciones interpersonales, aunque aún declara sentirse “pequeña” ante ciertas personas. Se le propone trabajar ese sentimiento de inseguridad en posteriores sesiones a lo cual ha señalado que posiblemente sea el asunto que más le interesa trabajar ahora. Se cierra la sesión completando los test habituales más WAI y PQ para nuevos sub-focos.

## **9. Valoración del tratamiento**

### **9.1. Adherencia al tratamiento y alianza terapéutica**

La paciente se ha mostrado muy colaboradora y abierta a la experiencia desde el principio. Si bien en un comienzo se sentía más cómoda a través de sesiones online, tras la segunda sesión acudió siempre de manera presencial y muy puntual. En los test pre-sesión (ORS Y CORE-10), siempre fue diligente y mostró interés preguntando sobre las escalas y asegurándose ajustar la puntuación a la realidad con preguntas concisas sobre lo cuestionado en cada uno de los ítems. En los test post-sesión, se notó cierta pérdida de interés cuando se solicitaba que los hiciese al final de la sesión en la propia consulta. Por tanto, las respuestas fueron más breves y menos desarrolladas que cuando se las llevaba a casa. Posiblemente, fue motivado por falta de tiempo tras terapia por lo que en las dos últimas sesiones se le pidió que las realizase al llegar a casa y desarrollase las respuestas. No mostró oposición alguna y comprendió el motivo de la petición. Al respecto de la relación con la propia terapia, los resultados obtenidos a través del cuestionario SRS v3.0 que se reflejan en la Tabla 4 y en el Gráfico 1 evidencian que en todo momento se sintió escuchada, y que tanto los temas como el enfoque y contenido de la sesión le parecieron muy adecuados, aun cuando en la última sesión se ha mantenido el puntaje inicial correspondiente a metas y temas.

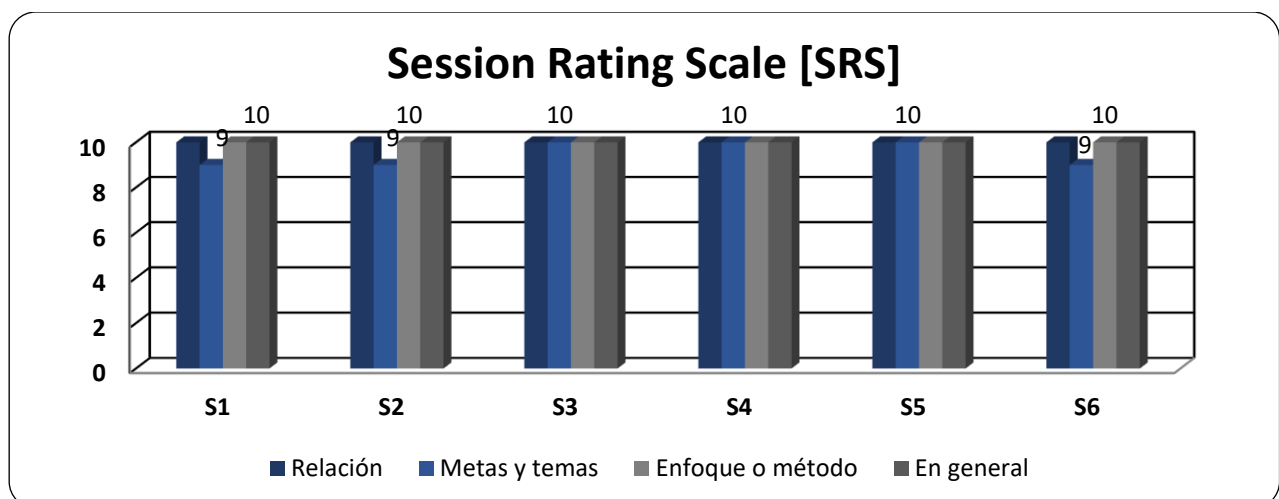
**Tabla 4.**

*Valoración relación con la terapia [SRS]*

SRS	Sesión					
	1	2	3	4	5	6
Relación	10	10	10	10	10	10
Metas y temas	9	9	10	10	10	9
Enfoque o Método	10	10	10	10	10	10
En General	10	10	10	10	10	10

**Gráfico 1.**

*Comparativa relación con la terapia [SRS]*



En cuanto a las puntuaciones obtenidas mediante la aplicación del cuestionario WAI-S al final de la segunda y sexta sesión, apenas se ha observado variación de resultados, como se muestra en la Tabla 5.

**Tabla 5.**

*Valoración Alianza terapéutica [WAI-S]*

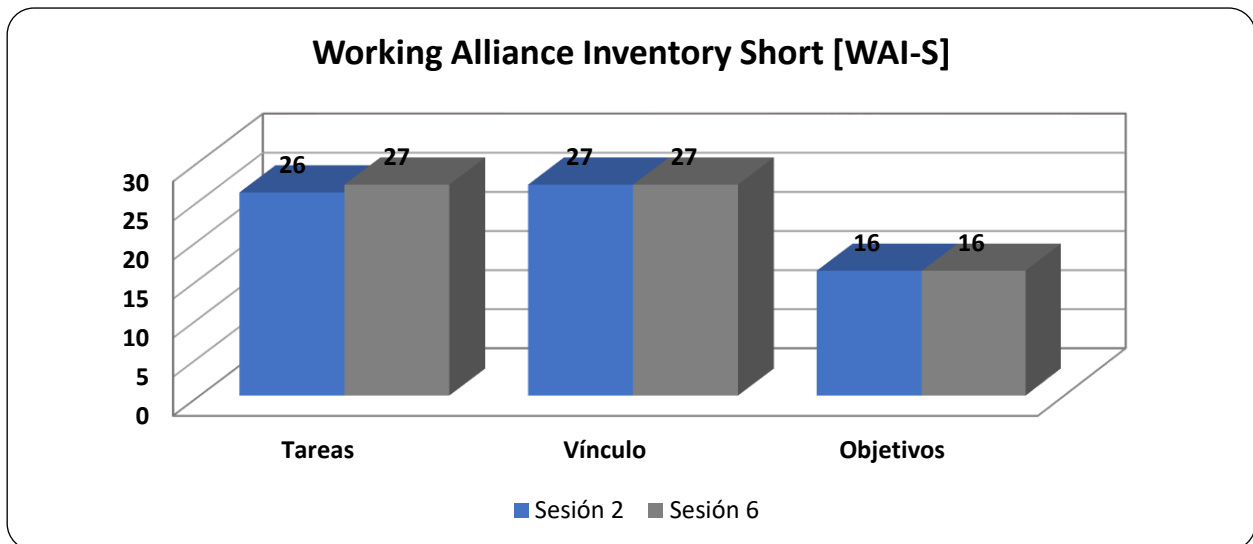
Evaluaciones		Valores		
Sesión	Tareas	Vínculo	Objetivos	Total Global
2	26	27	16	69

6	27	27	16	70
<b>Diferencias entre sesiones</b>	1	0	0	1

Se puede afirmar que desde el principio la alianza siempre fue sólida, evidenciándose en puntuaciones sin cambios, excepto en tareas en la cual la paciente puntuó 27 en la sesión 6, mientras que en la 2 fue 26, con la diferencia de un punto a favor de la alianza. La comparativa se presenta en el Gráfico 2.

**Gráfico 2.**

*Comparativa valoración alianza terapéutica [WAI-S]*



- Ruptura de límites

La paciente ha sido respetuosa con los límites en la mayoría del tiempo. Además, ha sido puntual y se ha comunicado por los canales y formas que le fueron informados. Sin embargo, en una oportunidad, se ha apreciado una ruptura de límites al comunicarse por WhatsApp pidiendo permiso para contactar por teléfono, indicando que si no podía ser lo comprendía, pero le aliviaría mucho poder tener la llamada.

Se autorizó la llamada y analizado el origen del problema (una discusión con su ex pareja) se le informó que se abordaría el contenido de esa discusión en la próxima sesión. No obstante, se le indicó antes del fin de la llamada se le preguntó si la ansiedad se la provocaba la discusión o su voz crítica interior. Esto la tranquilizó bastante y se abordó el tema en la siguiente sesión.

#### 9.2. Consecución de los objetivos

- Valoración de las cuatro áreas problema

La valoración específica de las cuatro áreas problema de la paciente (situación laboral, comunicación familiar, miedo al fracaso y convivir con los padres), se ha realizado mediante la aplicación del cuestionario PQ en la primera y sexta sesión, observándose los puntajes obtenidos en la Tabla 6.

**Tabla 6.**

*Valoración áreas problema [PQ]*

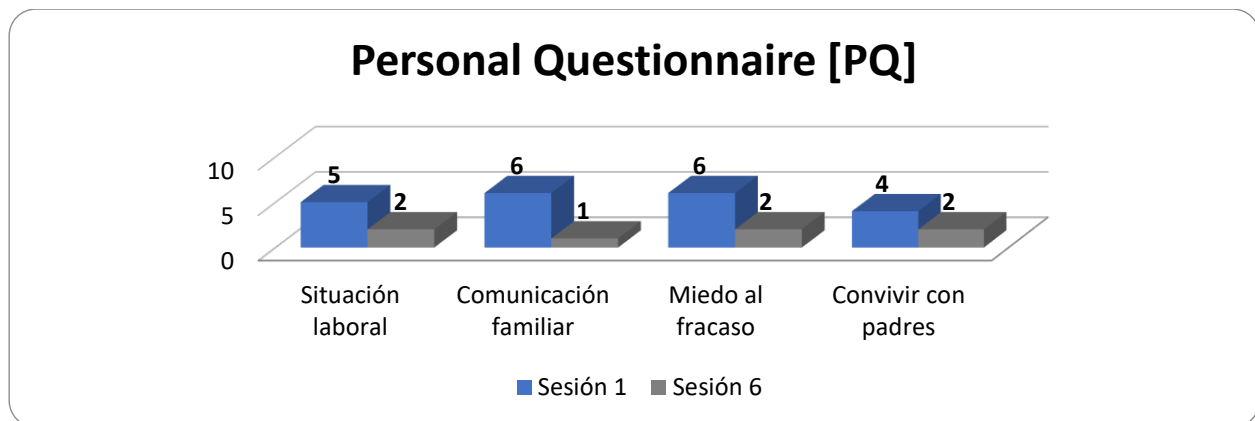
Áreas problema	Sesión	
	1	6
Situación laboral	5	2
Comunicación familiar	6	1
Miedo al fracaso	6	2
Convivir con los padres	4	2

Las puntuaciones obtenidas evidencian cambios significativos en las cuatro áreas que la paciente ha elegido trabajar durante la terapia, mostrando que al finalizar el tratamiento tres de las áreas problema (situación laboral, miedo al fracaso y convivir con los padres) le afectan muy poco, mientras que en lo relativo al área de comunicación familiar, no se siente afectada en lo absoluto.

Su progreso resulta evidente en la comparativa del Gráfico 3.

**Gráfico 3.**

*Comparativa valoración áreas problema [PQ]*



- Valoración de dominios de problemas, funcionamiento y riesgo

En la Tabla 7 se presenta la valoración específica obtenida mediante CORE-10, cuestionario aplicado durante las seis sesiones del proceso terapéutico, evaluándose los seis ítems de dominio de problemas, tres de dominio de funcionamiento y un ítem de riesgo.

**Tabla 7.**

*Valoración dominios de problemas, funcionamiento y riesgo [CORE-10]*

Ítem	Sesión					
	1	2	3	4	5	6
Ansioso	2	2	2	2	2	2
Apoyo	2	3	3	4	4	4
Capaz	2	3	3	3	3	3
Hablar	3	2	3	1	1	1
Pánico	1	1	1	0	0	0
Suicidio	0	0	0	0	0	0
Insomnio	2	3	3	2	2	3
Desesperanza	3	3	2	1	1	0
Infeliz	2	2	2	1	1	1
Recuerdos	3	2	1	1	1	2

Como se observa, hubo cambios positivos en la frecuencia de los ítems de dominio de problemas, particularmente en los ítems apoyo, capaz y pánico, manteniéndose estable en cuanto al estado ansioso y sin cambios en el ítem pánico. En cuanto a los ítems de dominio de funcionamiento, se mostraron cambios

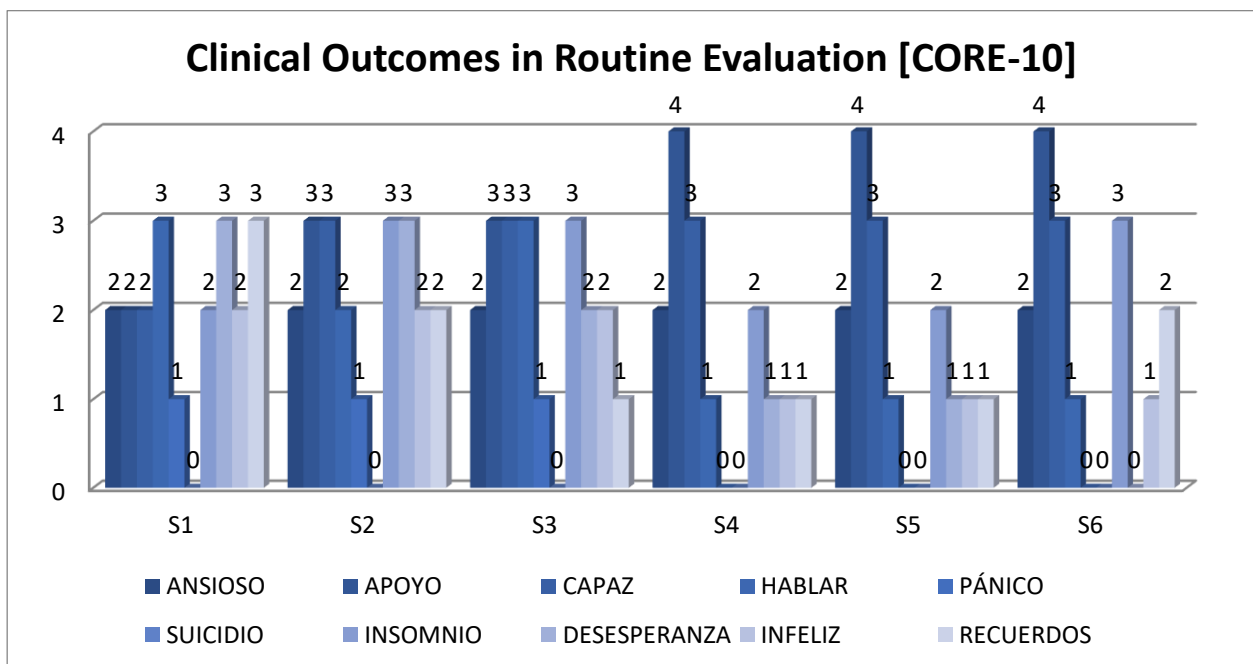
progresivos e importantes en los ítems desesperanza e infeliz; no obstante, en el ítem insomnio se aprecia inestabilidad mostrándose una tendencia a que muchas veces la paciente siente insomnio. En el ítem hablar, se observa fluctuaciones.

Sin embargo, en la última sesión, ha puntuado 1, lo cual sugiere que muy pocas veces le ha costado hablar con la gente, siendo un cambio positivo. En el ítem de riesgo, ha habido también un cambio hacia la mejora, aun cuando en la última sesión vuelve a observarse un aumento de la frecuencia, ya que la paciente expresa que algunas veces le ha costado hablar con la gente.

La comparativa de las frecuencias se muestran en el Gráfico 4.

**Gráfico 4.**

*Comparativa valoración dominios de problemas, funcionamiento y riesgo [CORE-10]*



- Valoración de dominios de experiencia

A continuación, se presentan en la Tabla 8 y en el Gráfico 5 las puntuaciones obtenidas mediante la escala ORS a lo largo del proceso terapéutico, con el fin de evaluar el funcionamiento del paciente en 4 áreas: bienestar individual, funcionamiento interpersonal, funcionamiento social y sensación general de bienestar.



**Tabla 8.**

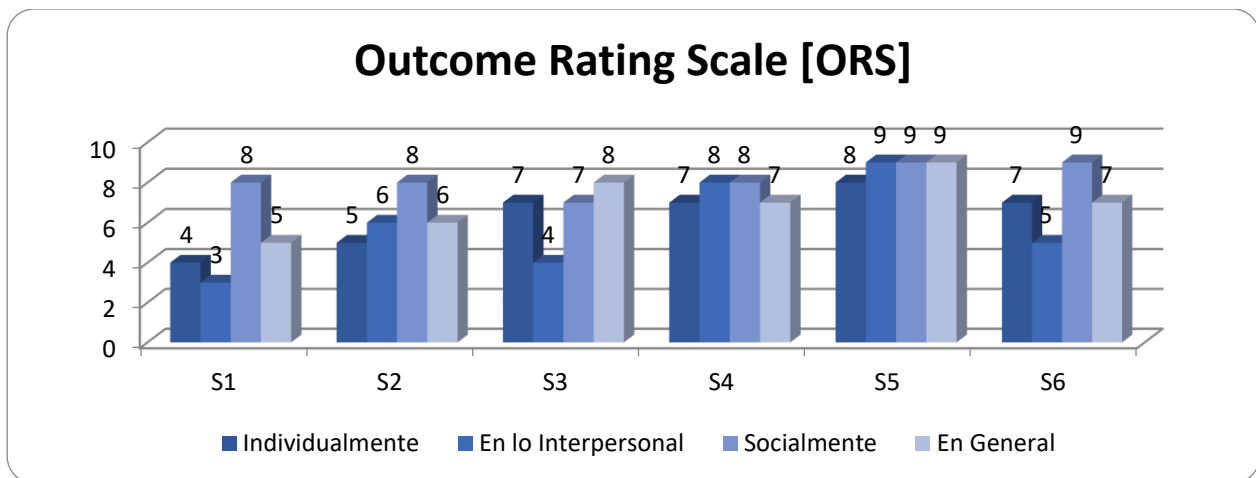
*Valoración de dominios de experiencia [ORS]*

	Sesión					
	1	2	3	4	5	6
Individual	4	5	7	7	8	7
Interpersonal	3	6	4	8	9	5
Socialmente	8	8	7	8	9	9
En General	5	6	8	7	9	7
	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>30</b>	<b>35</b>	<b>28</b>

La satisfacción de la paciente en relación con las cuatro áreas refleja una tendencia a la mejora, obteniendo una puntuación mayor a medida que transcurría la terapia, de la sesión 6 (28) a la 1 (20). Sin embargo, en la sesión 6, la paciente mostró puntuación menor a la sesión inmediata anterior en la que puntuó 35. Con respecto a la sesión 4 durante la cual se aplicó la técnica DEA, se aprecia un cambio importante en el dominio interpersonal.

**Gráfico 5.**

*Comparativa valoración de dominios de experiencia [ORS]*



- Valoración puntuaciones pre/post-test

La valoración de las puntuaciones pre/post-test se presentan seguidamente en la Tabla 9.

**Tabla 9.**

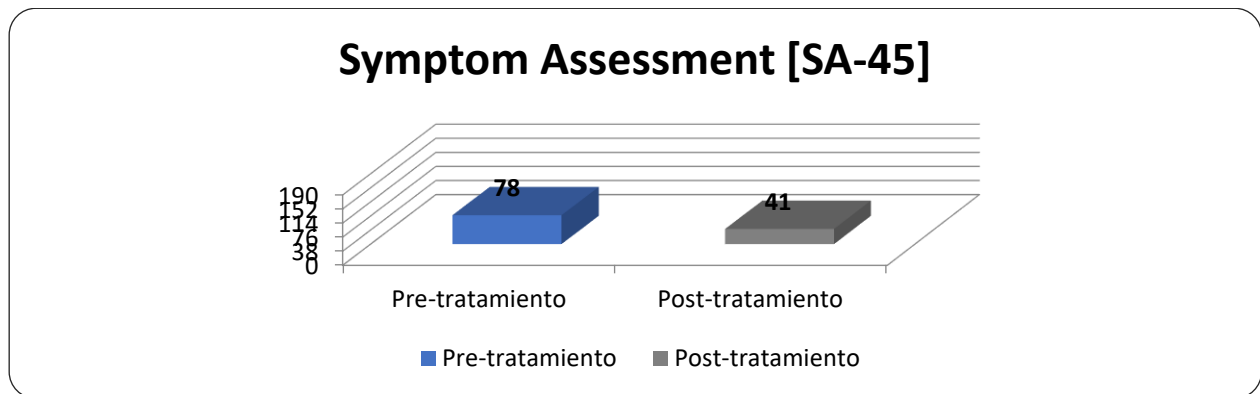
*Valoración síntomas ansiedad y nivel de autoestima [SA-45, STAI-R, ASI-3, EAR]*

Evaluaciones	SA-45										STAI-R	ASI-3			EAR	
	T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	FOB	PSIC	HOS	PAR	T	T	F	C	S	T
Pre-tratamiento	<b>78</b>	9	8	12	16	14	4	0	8	7	<b>42</b>	<b>53</b>	19	21	13	<b>24</b>
Post-tratamiento	<b>41</b>	3	7	5	5	5	5	0	7	4	<b>30</b>	<b>24</b>	7	9	8	<b>31</b>

Se observa en las medidas post-tratamiento la mejora de la paciente en comparación con las puntuaciones obtenidas en las mediciones pre-tratamiento, disminuyendo los valores en la lista de síntomas, los síntomas de ansiedad rasgo y de sensibilidad a la ansiedad obtenidos mediante las escalas SA-45, STAI-R y ASI-3, respectivamente. En relación con la lista de síntomas SA-45, se aprecia que a diferencia de la evaluación pre-tratamiento cuando la paciente puntuó 78, al finalizar el tratamiento la medida fue de 41 puntos, una mejora significativa. En el Gráfico 6 se presentan los cambios producidos en atención a las puntuaciones globales de SA-45.

**Gráfico 6.**

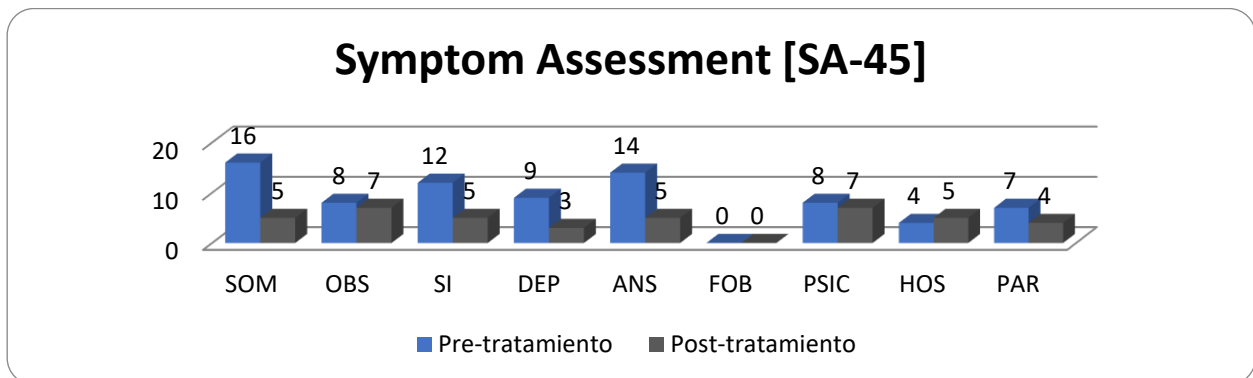
*Comparativa puntuaciones lista de síntomas [SA-45]*



A su vez, esta mejora ha estado presente en todas las dimensiones excepto en Psicoticismo (PSIC), cuyo valor se ha mantenido en 0. Con respecto a las demás dimensiones, la paciente ha puntuado 3 en Somatización (SOM); 4 en Ideación paranoide (PAR); 5 en Ansiedad fóbica (FOB) e igual puntuación en Sensibilidad Interpersonal (SI), Depresión (DEP) y Ansiedad (ANS) y 7 en Hostilidad (HOS) y en Obsesión-compulsión (OBS). Las puntuaciones del pre-tratamiento y post-tratamiento se muestran en el Gráfico 7.

**Gráfico 7.**

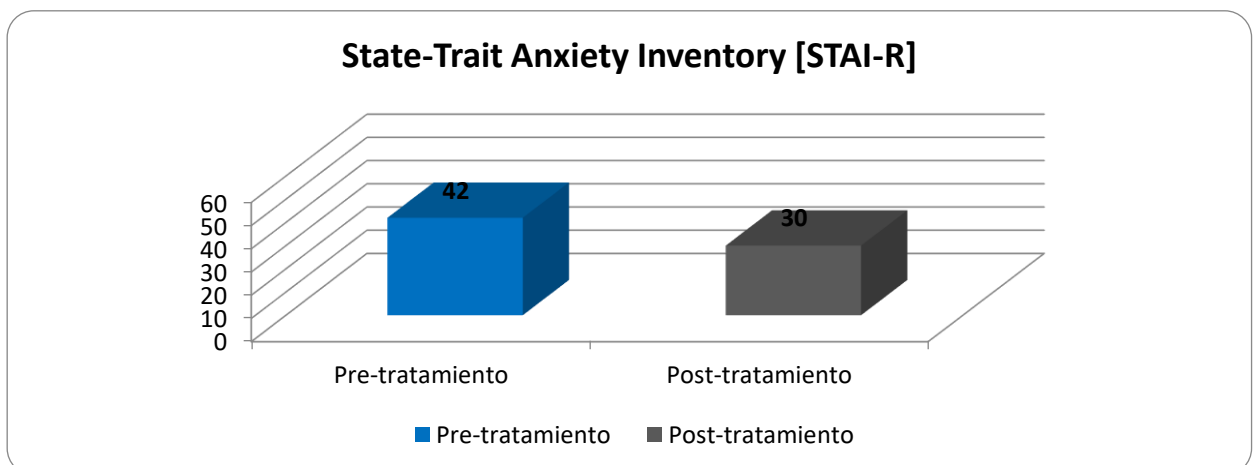
*Comparativa dimensiones SA-45*



Por su parte, la comparativa de los valores obtenidos en STAI-R se presenta en el Gráfico 8, observándose que la paciente ha puntuado en la medición pre-tratamiento 42, mientras que en post-tratamiento ha obtenido 30 puntos, evidenciándose la mejora en relación con el nivel de estado rasgo.

**Gráfico 8.**

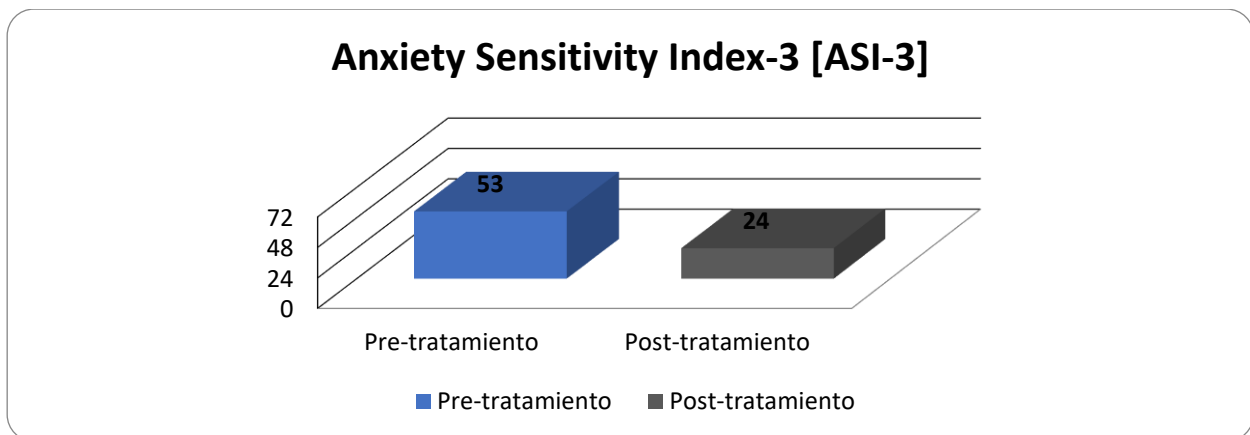
*Comparativa puntuaciones ansiedad-rasgo [ STAI-R]*



Con respecto a la comparativa entre las puntuaciones pre-tratamiento y post-tratamiento de la sensibilidad a la ansiedad obtenidas mediante la aplicación de ASI-3, en el Gráfico 9 se aprecia una gran mejora de la paciente al puntuar 24 en la medición post-test en contraste con los 53 puntos obtenidos en el pre-test.

**Gráfico 9.**

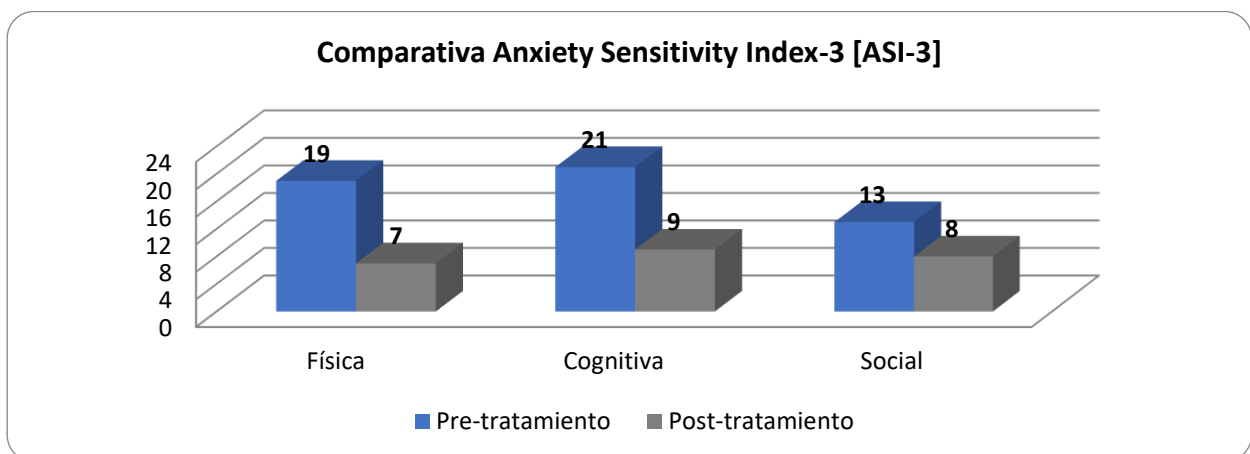
*Comparativa puntuaciones sensibilidad a la ansiedad [ASI-3]*



Esta mejora de la paciente en la sensibilidad a la ansiedad involucra cambios importantes en las tres dimensiones (física, cognitiva y social), siendo el más significativo el producido en la dimensión cognitiva al puntuar 9 en la medida post-tratamiento en comparación con 21 en el pre-tratamiento, como se muestra en el Gráfico 10.

**Gráfico 10.**

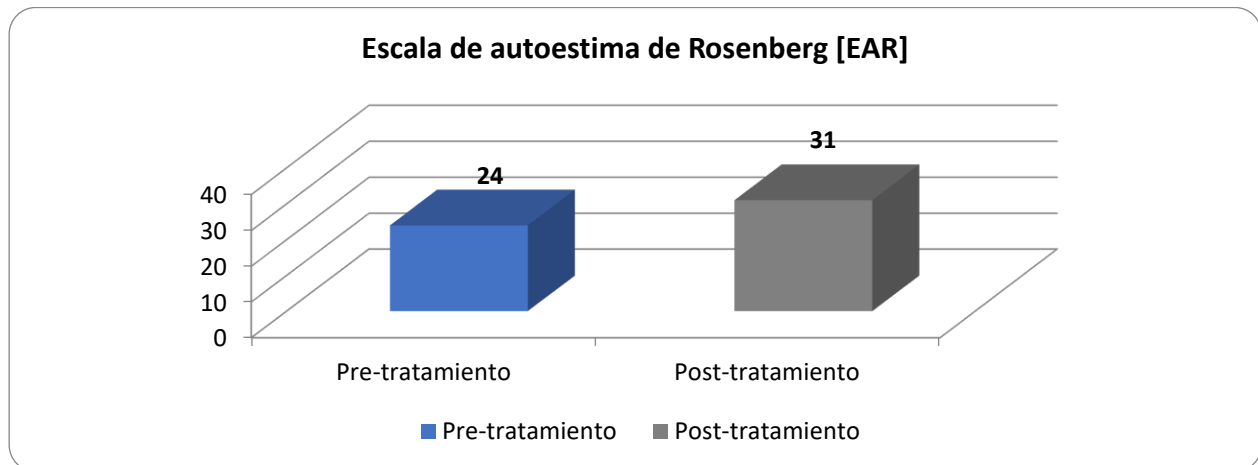
*Comparativa puntuaciones dimensiones ASI-3*



Por último, cabe resaltar que ha habido un aumento en el nivel de autoestima, según la puntuación obtenida a través de EAR, cuya comparativa se muestra en el Gráfico 11, apreciándose que la paciente ha

pasado de tener un nivel de autoestima media (24) en la medición pre-tratamiento a una autoestima elevada (31), considerada como autoestima normal en la medición post-tratamiento.

**Gráfico 11.** Comparativa puntuaciones en autoestima [EAR]



- Valoración cualitativa

El análisis temático de la experiencia de terapia de la paciente, previa transcripción de los cuestionarios HAT (Anexo 12.15) y CACEM-5 (Anexo 12.16). Según HAT, la paciente ha mostrado una evolución de la paciente, observándose un aumento de introspección en su esquema emocional, siendo lo más útil en la sesión 1 los comentarios empáticos por parte del terapeuta para ser capaz de diferenciar sus diferentes esquemas emocionales en sus diferentes escisiones. Consigue pasar de la empatía como lo más útil de la sesión a ser capaz de valorar la manera en la que se relaciona con su voz crítica y las repercusiones que esto ha tenido en sus relaciones personales, tanto familiares como de pareja. También logra ser más consciente de sus verdaderas necesidades.

Con respecto al CACEM-5, los resultados arrojados a lo largo de cada una de las sesiones reflejan el bienestar al final de cada una de las sesiones salvo por un “nerviosismo” que se atenuó al final de la sesión, en parte por una conversación incómoda que tuvo con su ex pareja momentos antes de la sesión. En cuanto a sensaciones, cada sesión ha concluido con sensaciones de liberación, alivio, calma, satisfacción, sensación de poder y felicidad, haciendo que se encuentre esperanzada, contenta, agradecida, satisfecha, calmada y con muchas esperanzas en su mejora emocional y confianza en la terapia.

Empieza atendiendo a necesidades interpersonales que una vez satisfechas en terapia da por cumplidas y se centra en su bienestar físico y su descanso personal, siendo relevante que manifieste no necesitar nada en las últimas sesiones, salvo en la última que se genera un nuevo foco terapéutico.

Además, su consciencia ha experimentado una evolución constante a lo largo de las sesiones, siendo cada vez más consciente de sus necesidades reales y los recursos obtenidos a través de la terapia. Esto hace que crea y tenga mucha confianza en su progreso gracias a la terapia.

### 9.3. Dificultades

La paciente siempre siguió las pautas indicadas y se mostró muy colaboradora e ilusionada. Solo mostró cierta reticencia inicial a hablar de algunos temas. Esto, más que un problema, supuso una revelación del foco terapéutico del que ocuparse. Tras dialogar con ella y explicarle la naturaleza de la terapia, se mostró comprensiva y flexible pudiendo abordar los asuntos que más miedo y dolor le causaban. Como refleja el cuestionario HAT, en ningún momento se sintió abrumada o incómoda por los asuntos abordados en terapia y no hubo nada que le resultase doloroso.

## 10. Discusión y conclusiones

Considerando los resultados de las medidas pre y post de los cuestionarios empleados, se puede afirmar que la paciente ha experimentado mejoría en todos los objetivos abordados en terapia. Analizando de manera cualitativa la experiencia recogida a través de las impresiones con la paciente sesión a sesión, los resultados son más que esperanzadores; especialmente en lo relativo a la experiencia personal de la paciente. Esto sumado a la reticencia habitual de las personas a someterse a terapia, por el tiempo y coste que puede implicar en sus vidas, hace de este novedoso modelo de tratamiento una alternativa válida y potentemente eficaz.

Habría que realizar estudios más extensos en el tiempo para confirmar la validez de los resultados a largo plazo o potenciar la terapia breve con sesiones de refuerzo ocasionales. Todo ello parece alentador teniendo en cuenta el alto nivel de recaídas de la TCC en casos como el abordado en este trabajo.

Otro factor que potencia la efectividad de la terapia objeto de este TFM es la escasa distancia de tiempo entre sesiones, algo que sistema de salud pública actual no puede ofrecer.

A través de la formulación de caso en formato MENSIT, se traslada a la paciente a través de un lenguaje cercano, amable y entendible, el origen y los mantenedores de su dolor emocional. Este aspecto es muy relevante de cara a la consecución de los objetivos, pues muchos pacientes no son capaces de identificar su esquema de emociones ni el origen de su dolor nuclear, la mayoría de las veces, oculto tras complejas formulaciones de caso que no son capaces de comprender.

Las técnicas empleadas han buscado y conseguido que el paciente sea la protagonista de su propia experiencia, y que sea capaz de ubicar, nombrar y dar sentido a sus emociones, para poder así ser autónoma tras la terapia, dando esto como resultado, una extinción paulatina del auto-tratamiento, siendo esto uno de los mayores escollos con los que se encuentra la terapia convencional.

Asimismo, la paciente ha experimentado mejoras considerables en todos los asuntos problema objeto de tratamiento y especialmente en la disminución de la ansiedad. Esto ha permitido cambiar la manera en la que se relaciona con su familia, llegando a conciliarse con una hermana a la que llevaba tiempo evitando.

De todo esto, se desgrana que sus tendencias a la acción, a veces en contra de sus valores, cumplían funciones de supresión experiencial, agravando la culpa, el miedo o la vergüenza, emociones todas ellas que su voz opresora le hacía llegar haciéndole muy difícil llevar una vida emocionalmente estable. Este cambio ha sido posible con la técnica de la silla vacía, que ha permitido relacionarse de una manera más amable y adaptativa con su parte crítica y con su padre, con el que tenía asuntos no resueltos que lastraban la relación entre ellos desde hacía años.

## 11. Referencias bibliográficas

- Angus, L., y Greenberg, L. (2011). *Working with narrative in emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blázquez Tello, L., Izquierdo Cardona, Y. A., Murlidhar, S. y Sunil, A. (2020). *Una revisión sistemática: eficacia de la Terapia Conductual Dialéctica en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de La Laguna]. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/19945/Una%20revisi%20sistemica%20Eficacia%20de%20la%20terapia%20conductual%20dialectica%20en%20el%20tratamiento%20del%20Trastorno%20de%20Ansiedad%20Generalizada.%20.pdf?sequence=1>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252–260.
- Brito, G. (6 de agosto de 2019). Alfred y las sombras – por Anne hilde Vassbø Hagen. *Cultivar la mente*. [Archivo de Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=y2qOtk46WVw>
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos Cubero, M. (2015). *STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual* (9ª ed. revisada). TEA.
- Caballero, L., Bobes, J., Vilardaga, I. y Rejas, J. (2009). Prevalencia clínica y motivo de visita de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en los ambulatorios de psiquiatría en España. Resultados del estudio LIGANDO. *Actas Españolas Psiquiatría*, 37, 17-20. <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=720912>
- Cano-Vindel, A. (2003). Desarrollos actuales en el estudio del control emocional. *Ansiedad y Estrés*, 9, 203-229.
- (2005). *La ansiedad. Claves para vencerla*. Editorial Arguval.
- Cano-Vindel, A. y Ruiz Rodríguez, P. (abril de 2021). Prevalencia y abordaje de los trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones. Eficacia y coste-efectividad de las intervenciones psicológicas en Atención Primaria. *Boletín Psicoevidencias*, 59. <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/96-prevalencia-y-abordaje-de-los-trastornos-de-ansiedad-depresion-y-somatizaciones-eficacia-y-coste-efectividad-de-las-intervenciones-psicologicas-en-atencion-primaria-rente-a-la-involucion-en-salud-mental-es-preciso-cambiar-con-urgencia/file>
- Cardenas, S. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Psychological Assessment*, 19, 176-188.
- Caro, C. (2013). *Terapia humanista experiencial de los “trastornos de ansiedad”*. Resumen a partir de Wolfe, 1998, 2005. Documento en línea. Universidad Pontificia Comillas.



- (2017). *Evaluación del modelo de formulación de caso de la terapia focalizada en la emoción* [Tesis doctoral, Universidad Pontificia Comillas]. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/22682/TD00288.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (2020). *Protocolo de urgencia para la desactivación de cuadros de ansiedad: Una intervención hiper-breve, focalizada en la emoción y basada en el trabajo con escisiones de afrontamiento*. Manuscrito sin publicar.
- Caro, C., y Hornillos, T. (2015). La Tarea de Auto-consuelo Compasivo en Terapia Focalizada en la Emoción. *Acción Psicológica*, 12(2), 73-94. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.12.2.15808>
- Casullo, M. M. (2004). *El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. UBA. CONICET. <https://www.fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf>
- Chacón-Fuertes, F., Fernández-Hermida, J. R. y García-Vera, M. P. (2020). La Psicología ante la Pandemia de la COVID-19 en España. *La Respuesta de la Organización Colegial. Clínica y Salud*, 31(2), 119-123. Epub 27 de julio de 2020. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a18>
- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A. M., Herrero, O., Pacheco, M., (2011). Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Anales de Psicología*, 27(2), 298-301. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16720051004.pdf>
- Duncan, B. L. y Reese, R.J. (2015). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS). Revisiting the Client's Frame of Reference. *Psychotherapy*, 52(4), 391-401.
- Elliott, R. (2013). Person-centered/experiential psychotherapy for anxiety difficulties: theory, research and practice. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 12 (1), 16–32.
- Elliott, R. y Freire, B. (2014). Las terapias centradas en la persona/experienciales son altamente efectivas: resumen del metaanálisis de 2008. En A.S. Segrera, J.H.D. Cornelius-White, M. Behr, y S. Lombardi (Eds.). *Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales. Fundamentos, perspectivas y aplicaciones* (pp. 105-112). Gran Aldea Editores.
- Elliott, R., Greenberg, L. S. y Lietaer, G. (2004). Investigación en psicoterapias experienciales. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's manual de psicoterapia y comportamiento cambio* (5ª ed., pp. 493-540). Wile.
- Elliott, R., Mack, C. y Shapiro, D. (1999). *Simplified Personal Questionnaire Procedure*. (On-line). <http://www.experientialresearchers.org/instruments/elliott/pqprocedure.htm>
- (1999). *Procedimiento para realizar el Cuestionario Personal Simplificado (PQ)*. Traducción de Ciro Caro - Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

- Erquicia, J., Valls, L. Barja, A. Gil, S. Miquel J., Leal-Blanquet, J., Schmidt, C, Checa, J. y Vega, D. (27 de noviembre de 2020). Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. *Medicina Clínica (English Edition)*, 155(10), 434-440. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.006>
- Etchebarne, I., Gómez Penedo, J.M. y Roussos, J. (Eds.). (2019). *Nuevos desarrollos en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Abordajes psicoterapéuticos, farmacológicos y debates actuales*, pp. 137-142. Miño y Dávila Editores.
- Etchebarne, I. Juan, S., Roussos, A.J. (2016). El abordaje clínico de la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada por parte de terapeutas cognitivo conductuales de Buenos Aires. *Anuario Anxia*, 22, 6-20. [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/90934/CONICET\\_Digital\\_Nro.5306c7b1-0aa3-4239-bc1f-89c3d244c5a5\\_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/90934/CONICET_Digital_Nro.5306c7b1-0aa3-4239-bc1f-89c3d244c5a5_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González E, Bados, A., García-Grau, E y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109–135. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32884/5/637380.pdf>
- García Gómez, M. (2015). *Evolución de la inteligencia emocional en pacientes con trastorno de ansiedad y depresión*. [Tesis doctoral, Universidad de Murcia]. <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/44877>
- Gillaspy, J. A. y Murphy, J. J. (2011). The use of ultra-brief client feedback tools in SFBT. In C. W. Franklin, T. Trepper, E. McCollum y W. Gingerich (Eds.), *Solution-focused brief therapy*. Oxford University Press.
- Goldman, R. N. (2019). History and overview of emotion-focused therapy. In L. S. Greenberg y R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. 3–35). American Psychological Association.
- Goldman, R.N., Greenberg, L.S. y Caro, C. (2016). Formulación de caso en terapia focalizada en la emoción del trabajo con marcadores y la facilitación del proceso, a la co-creación de un foco terapéutico. *Revista de psicoterapia*, 27 (104), 23-45.
- Gonçalves Estella, F., González Rodríguez, V.M. y Vázquez Castro, J. (2003) *Atención primaria de calidad. Guía de práctica clínica en depresión y ansiedad 2ª edición actualizada*. Organización Médica Colegial y Ministerio de Sanidad y Consumo. International Marketing & Communications, S.A.

- Greenberg, L. S. (2019). Theory of functioning in emotion-focused therapy. En L. S. Greenberg y R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. 37–59). American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. y Elliott (2014). Terapia Focalizada en las Emociones. Una Introducción, En A.S. Segrera, A., Cornelius-White, J.H.D., Behr, M. y Lombardi, S. (Eds.). *Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales. Fundamentos, perspectivas y aplicaciones* (pp. 113-118). Gran Aldea Editores.
- Greenberg, L. S., Elliott, R., Pos, A. (octubre de 2015). La Terapia Focalizada en las Emociones: Una visión de conjunto. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 5, 1-19. <https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/octubre-f-greenberg.pdf>
- Greenberg, L. S. y Paivio, C.S. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. y Elliot, R. (1993). *Facilitating Emotional Change: The Moment-by-Moment Process*. The Guilford Press
- Greenberg, L.S. y Watson, J.C. (2006). *Emotion-Focused Therapy for Depression*. American Psychological Association.
- Guillén Riquelme, A. (2014). *Validación de la adaptación española del State-Trait Anxiety Inventory en diferentes muestras españolas* [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/34045>
- Herrera Landázuri, M.E. (2019). La Terapia Focalizada en la Emoción para el tratamiento de mujeres universitarias que presentan dependencia afectiva patológica. [Trabajo de Titulación, Universidad San Francisco de Quito]. <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8172/1/142057.pdf>
- Holgado-Tello, F. P., Vila-Abad, E. y Barbero-García, M. I. (2019). Factor Structure of the Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45). *Acción Psicológica*, 16(1), 31–42. <https://doi.org/10.5944/ap.16.1>
- Horvath, A. O., y Greenberg, L. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. En L. S. Greenberg y W. M. Pincus, (Eds.), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* (pp. 529-556). Guilford.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B. W., Monahan, P.O. y Lowe, B. (2007). Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317-325. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>

- Langarita-Llorente, R. y Gracia-García, P. (2019). Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 59(2), 59-67. <https://www.svnps.org/documentos/ansiedad-generalizada.pdf>
- Lietaer, G. (2014). Los colores unidos de las psicoterapias centrada en la persona y experiencial. En A.S. Segrera, A., J.H.D. Cornelius-White, M. Behr y S. Lombardi (Eds.). *Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales. Fundamentos, perspectivas y aplicaciones* (pp. 69-81). Gran Aldea Editores.
- López Cavada, C. (2020). *Tratamiento de la Autocrítica a través de la Terapia Focalizada en la Emoción*. [Tesis de Doctorado, Universidad Pontificia Comillas]. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/48374/TD00395.pdf?sequence=1&isAllowed=y> España
- López-Martínez, A. E. y Serrano-Ibáñez, E. R. (2021). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental. *Escritos de Psicología*, 14(2), 48-50. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.13935>
- Miller, S. D. y Duncan, B. L. (2000). *The Outcome Rating Scale*. Author.
- Miller, S.D, Duncan, B.L., Brown, J., Sorrell, R. y Chalk, M. (2003). *La Escala de Calificación de Resultados y la mejora-Evaluación de la eficacia en un ajuste telefónico de la PEA*. Manuscrito inédito
- Miller, S. D., Duncan, B. L. y Johnson, L. (2002). *The Session Rating Scale*. Author.
- O'Brien, K., O'Keeffe, N., Cullen, H., Durcan, A., Timulak, L., y McElvaney, J. (2019). Emotion-focused perspective on generalized anxiety disorder: A qualitative analysis of clients' in-session presentations. *Psychotherapy Research*, 29(4), 524–540. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1373206>
- Paivio, S.C. y Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-Focused Therapy por Complex Trauma: An Integrative Approach*. American Psychological Association.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., Escobar-Córdoba, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4): e930. [https://www.researchgate.net/profile/Franklin-Escobar-Cordoba/publication/344157547\\_Consecuencias\\_de\\_la\\_pandemia\\_de\\_la\\_COVID-19\\_en\\_la\\_salud\\_mental\\_asociadas\\_al\\_aislamiento\\_social/links/5f5678fb92851c250b9ce744/Consecuencias-de-la-pandemia-de-la-COVID-19-en-la-salud-mental-asociadas-al-aislamiento-social.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Franklin-Escobar-Cordoba/publication/344157547_Consecuencias_de_la_pandemia_de_la_COVID-19_en_la_salud_mental_asociadas_al_aislamiento_social/links/5f5678fb92851c250b9ce744/Consecuencias-de-la-pandemia-de-la-COVID-19-en-la-salud-mental-asociadas-al-aislamiento-social.pdf)

- Reese, R. J., Gillaspay, J. A., Jr., Owen, J. J., Flora, K. L., Cunningham, L. C., Archie, D. y Marsden, T. (2013). The influence of demand characteristics and social desirability on clients' ratings of the therapeutic alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 696–709.
- Resnic, P. (2007). Modelos Conceptuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada: Más Allá de los Criterios Diagnósticos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI (1), 61-67. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921832008.pdf>
- Rodrigo-Holgado, I., Hernández Gómez, A., Díaz-Trejo, S., Fernández-Rozas, J., Andrade-González, N. y Liria, A. (2018). *Spanish validation of the Outcome Rating Scale (ORS) and the Session Rating Scale (SRS). First results*. 10.13140/RG.2.2.30234.29120. XVIII Jornadas de ANPIR, Zaragoza, España. [https://www.researchgate.net/publication/327535575\\_Spanish\\_validation\\_of\\_the\\_Outcome\\_Rating\\_Scale\\_ORS\\_and\\_the\\_Session\\_Rating\\_Scale\\_SRS\\_First\\_results](https://www.researchgate.net/publication/327535575_Spanish_validation_of_the_Outcome_Rating_Scale_ORS_and_the_Session_Rating_Scale_SRS_First_results)
- Roemer, L., Orsillo, S.M. y Barlow, D.H. (2002). Generalized anxiety disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Anxiety and Its Disorders. 2nd ed.* (pp.477-515). Guilford.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Paidós.
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., ... Scott, K. M. (2017). Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465–475. [10.1001/jamapsychiatry.2017.0056](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056).
- Sandín, B. (2014). El transdiagnóstico como nuevo enfoque de psicología. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 111, 9.13.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P. y Santed Germán, M. A. (2007). ASI-3: Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 12(2), 91–104. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.2.2007.4036>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Santed, M.A., y Lostao, L. (2004). Dimensiones de sensibilidad a la ansiedad: Evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 19-33.
- (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20 (2), 290-296.
- Santomauro, D.F., Mantilla Herrera, A.M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D., Hay, S.I., Vos, T., Murray, C.J.L., Whiteford, H.A. y Ferrari, A.J. (6 de noviembre de 2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398 (10312), 1700-1712. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02143-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02143-7/fulltext)

- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud Investigación empírica en Psicología*, 25(1), 39-48. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/cl2014a3>
- Segrera, A.S. (2014). La riqueza de la diversidad del enfoque centrado en las personas: una perspectiva iberoamericana. En A.S. Segrera, A., Cornelius-White, J.H.D., Behr, M. y Lombardi, S. (Eds.). *Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales. Fundamentos, perspectivas y aplicaciones* (pp. 83-104). Gran Aldea Editores.
- Shahar, B. (2013). Emotion-focused therapy for the treatment of social anxiety: an overview of the model and a case description. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21 (6), 536–547.
- (2014). Emotion-Focused Therapy for the Treatment of Social Anxiety: An Overview of the Model and a Case Description. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 536–547. 10.1002/cpp.1853
- Sicras-Mainar, A., Blanca-Tamayo, M., Navarro-Artieda, R. y Rejas-Gutiérrez, J. (2009). Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 41(2), 77-84.
- Spielberger, C., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press. TEA Ediciones S.A.
- (1986). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual* (2ª edición). TEA Ediciones S.A.
- Timulak, L. (2018). Humanistic-experiential therapies in the treatment of generalized anxiety: A perspective. *Counselling and Psychotherapy Research*
- Timulak, L., Iwakabe, S. y Elliott, R. (2019). Clinical implications of research on emotion-focused therapy. En L. S. Greenberg y R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. 93– 109). American Psychological Association.
- Timulak, L. y Keogh, D. (2021). *Terapia transdiagnóstica centrada en la emoción: una guía clínica para la transformación del dolor emocional*. American Psychological Association.
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C. et al. (2018). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19 (506). <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2892-0>
- Timulak, L. y McElvaney, J. (2016). Terapia centrada en las emociones para el trastorno de ansiedad generalizada: una visión general del modelo. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46, 41-52.

- (2018). *Transformar la ansiedad generalizada. Un enfoque centrado en las emociones*. Routledge.
- (2018). *Transforming generalized anxiety: An emotion-focused approach*. Routledge.
- Timulak, L., McElvaney, J., Keogh, D., Martin, E., Clare, P., Chepukova, E., y Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy*, 54(4), 361–366. <https://doi.org/10.1037/pst0000128>
- Tracey, T. J., y Kokotovic, A.M. (1989). Estructura factorial del Inventario de alianzas de trabajo. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 207-210. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207>
- Vázquez Morejón, A.J., Jiménez García-Bóveda, R. y Vázquez-Morejón Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255. [https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/14009/file\\_1.pdf?sequence=1](https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/14009/file_1.pdf?sequence=1)
- Vöhringer, C., Pérez, J. C., Martínez, C., Altamir, C., Dagnino, P., Suárez, N. y Krauser, M. (2013). Working Alliance Inventory versión observacional: traducción, adaptación y validación al castellano. *Terapia Psicológica*, 31(3), 301-311. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000300005>
- Watson, J.C. y Greenberg, L.S. (2017). *Emotion-Focused Therapy for Generalised Anxiety*. American Psychological Association.
- Wolfe, B. E. (2005). *Understanding and treating anxiety disorders: An integrative approach to healing the wounded self*. American Psychological Association.

## 12. ANEXOS

### 12.1. Encuesta sociodemográfica

**Instrucciones:** Seleccione la opción que mejor la describa según las siguientes variables.

1. Sexo/Género \*
  - Mujer
  - Hombre
  - Otro
  
2. Nivel de estudios \*
  - Primaria
  - Secundaria
  - Bachillerato
  - FP de Grado Medio
  - FP de Grado Superior
  - Universidad
  
3. ¿Has estado anteriormente en Psicoterapia? \*
  - No
  - Sí, a lo largo del último año
  - Sí, hace más de un año, pero menos de 3
  - Hace menos de 3 años
  
4. Ocupación actual \*
  - Estudiante
  - Preparo oposiciones
  - Estudio y trabajo
  - En desempleo
  - Jubilado/a
  
5. ¿En qué trabajas? o ¿Qué estudias? \*

Define brevemente tu ocupación (por ejemplo: Taxista, abogada, ingeniera civil en una fábrica, funcionaria de prisiones, maestro de primaria, líder, etc.). En caso de ser estudiante indica el tipo de estudios que realizas (ya sean oficiales o no).

*Nota.* IDP Psicología



## 12.2. Consentimiento informado



### Instituto de Investigación y Desarrollo Profesional en Psicoterapia **IDP-Psicología**

Menéndez Pidal, 31 Bajo A - 28036 MADRID  
Centro Sanitario inscrito en el Registro con el nº CS15591

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO para participación en investigación sobre ansiedad y psicoterapia**

##### **OBJETIVO Y CONDICIONES DEL ESTUDIO:**

1. La investigación será realizada por el centro IDP Psicología, con el objetivo de estudiar una intervención terapéutica orientada a reducir síntomas y problemas de ansiedad en el marco de la Terapia Focalizada en la Emoción.
2. Los terapeutas serán psicólogos/as que están cursando el Máster en Psicología General Sanitaria (MPGS) y realizan sus prácticas curriculares en IDP-Psicología.
3. La investigación está dirigida por Ciro Caro, Dr. en Psicología, colegiado M-14091 y Director del Centro.
4. Todos los datos serán tratados confidencialmente y según el código deontológico del Colegio Profesional de la Psicología de Madrid.
5. Los resultados de la investigación darán lugar a publicaciones y trabajos científicos, en los que toda referencia a los casos será enmascarada, de modo que sea imposible reconocer a ninguna de las personas participantes en la investigación.

##### **TIPO DE ESTUDIO:**

La investigación se divide en dos partes:

- A. Estudios de caso único, donde se analiza en profundidad el trabajo realizado por cada paciente con ayuda de su terapeuta, cada uno de los cuales constituiría un Trabajo de Fin de Máster (TFM).
- B. Un TFM consistente en un estudio de series de casos, en el que se evaluará la intervención sobre la ansiedad que es objeto de esta investigación, a partir de la información recogida en los estudios de caso único.

##### **IMPLICACIONES DE PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN:**

1. Recibir un tratamiento psicológico focal (centrado en un tema) y de tiempo limitado (entre 12 y 15 sesiones de terapia) supervisado por el Director de la investigación.
2. Aceptar la grabación de una de las sesiones, en la cual se trabajará con la técnica terapéutica que es objeto de la investigación, y su posterior análisis.
3. Responder a una serie de cuestionarios sobre síntomas y datos socio-demográficos al principio y al final de la terapia, así como a cuestionarios breves de valoración de la experiencia en cada sesión.

### **POSIBLES EFECTOS DE PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN:**

Participar en la investigación supone implicarse en un proceso terapéutico focal (centrado en un tema) de tiempo limitado, lo cual requiere dirigir la atención a la propia experiencia: sentimientos, pensamientos, recuerdos y sensaciones corporales.

Para algunas personas esto es ya un beneficio psicológico, en la medida en que su modo de estar habitual consiste en evitar estas experiencias, lo que suele tener como consecuencia un gran esfuerzo de autocontrol, a la vez que una pérdida de información útil para tomar decisiones (por ejemplo, atender a lo que siento respecto a cierto asunto, puede informarme sobre lo que necesito y es bueno para mí, y orientar así mi conducta hacia la satisfacción de necesidades).

Para otras personas, sin embargo, abrirse a su experiencia puede suponer, inicialmente, un malestar no deseado. En estos casos, la relación con el/la terapeuta, así como las propias técnicas que el/la profesional ponga en marcha, han de servir para modular este malestar y permitir que la exploración de los problemas de la persona continúe y conduzca a experiencias y momentos de cambio terapéutico satisfactorio.

En cualquier caso, participar en un proceso de este tipo puede implicar atravesar sentimientos o tener recuerdos desagradables. E, igualmente, puede suponer beneficios personales en términos de bienestar psicológico.

### **OBLIGACIONES DEL EQUIPO INVESTIGADOR:**

1. Asegurar el tratamiento confidencial de los datos y su uso con el fin único y exclusivo de los propósitos de la investigación.
2. Destruir las grabaciones una vez haya sido analizado su contenido y no conservar ningún tipo de copia.
3. Ofrecer a los participantes la orientación necesaria al final del proceso, en caso de que estos lo requieran o, a juicio del profesional esto fuera necesario.

### **DERECHOS DE LOS/LAS PARTICIPANTES:**

1. Retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de alegar razón alguna.
2. Consultar las dudas que les surjan en cualquier momento del proceso

3. Eliminar cualquier registro de su participación en el estudio.

Por tanto, el/la abajo firmante, con DNI \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ , declara haber leído y entendido los puntos anteriores y haber tenido la oportunidad de resolver todas las posibles dudas, y, asimismo, otorga su consentimiento para participar en esta investigación.

Firmado en Madrid a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nombre y apellidos:

Firma:

El Investigador:

**Ciro Caro**  
DNI: 51415257-E

### 12.3. Symptom Assessment-45 [SA-45]

**Instrucciones:** Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión. Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (*incluido el día de hoy*) rodeando con un círculo el número que corresponda.

Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

		0	1	2	3	4
		Nada en absoluto	Un poco presente	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente
1	La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
2	Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
3	Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
4	Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
5	La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
6	Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
7	Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
8	Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
9	Sentirse solo/a	0	1	2	3	4
10	Sentirse triste	0	1	2	3	4
11	No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
12	Sentirse nervioso o con mucha ansiedad	0	1	2	3	4
13	Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
14	La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
15	La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
16	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
17	Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
18	Dolores musculares	0	1	2	3	4
19	Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
20	Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
21	Tener dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
22	Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren	0	1	2	3	4
23	Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4

24	Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo	0	1	2	3	4
25	Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
26	Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
27	Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28	Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
29	Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
30	Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
31	Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32	Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
33	Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
34	Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35	Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
36	Sentirse muy cohibido/a entre otras personas	0	1	2	3	4
37	Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)	0	1	2	3	4
38	Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
39	Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
40	El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
41	Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
42	La sensación de ser un/a inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
43	Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
44	La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	0	1	2	3	4
45	La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0	1	2	3	4

Clave de corrección:

Hostilidad: 7, 34, 35, 39, 43; Somatización: 18, 23, 26, 29, 31; Depresión: 9, 10, 11, 27, 42; Obsesión-compulsión: 16, 20, 21, 25, 28; Ansiedad: 6, 12, 30, 38, 41; Sensibilidad interpersonal: 14, 15, 17, 32, 36; Ansiedad fóbica: 3, 8, 22, 24, 37; Ideación paranoide: 2, 5, 19, 40, 44; Psicoticismo: 1, 4, 13, 33, 45

*Nota.* Sandín et al. (2008)

#### 12.4. State-Trait Anxiety Inventory [STAI-R]

**Instrucciones:** A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Ud. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Ud. generalmente.

			Casi Nunca	A Veces	A menudo	Casi siempre
21	Me siento bien.	... ..	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente.	... ..	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar.	... ..	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros.	... ..	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	... ..	0	1	2	3
26	Me siento descansado.	... ..	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	... ..	0	1	2	3
28	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	... ..	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	... ..	0	1	2	3
30	Soy feliz.	... ..	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	... ..	0	1	2	3
32	Me falta confianza en sí mismo.	... ..	0	1	2	3
33	Me siento seguro.	... ..	0	1	2	3
34	No suelo afrontar las crisis o dificultades.	... ..	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólico).	... ..	0	1	2	3
36	Estoy satisfecho.	... ..	0	1	2	3

37	Me molestan y rondan pensamientos sin importancia.	...	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.	...	0	1	2	3
39	Soy una persona estable.	...	0	1	2	3
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	...	0	1	2	3

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA**

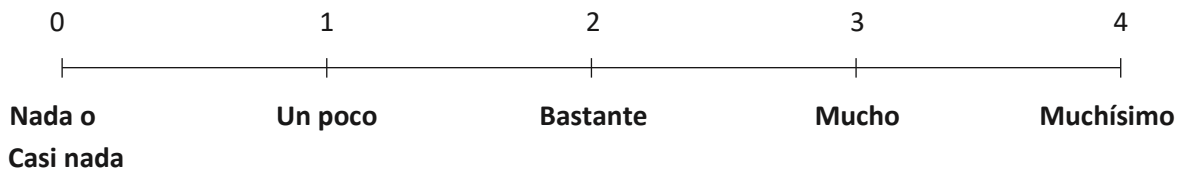
*Nota.* Spielberg et al. (1970; 1986)

12.5. Anxiety Sensitivity Index—3 [ASI-3]

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_ Mujer \_\_\_ Varón

**Instrucciones:** Por favor, conteste rodeando con un círculo el número (0, 1, 2, 3, 4) que mejor refleje su experiencia con lo que se indica en cada uno de los enunciados. Si algo de lo que se dice no lo ha sentido o experimentado nunca (p.ej., desmayarse en público), conteste como usted crea que se sentiría si realmente le hubiera ocurrido.

Responda a todos los enunciados teniendo en cuenta la siguiente valoración:



<b>1</b>	Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso/a.	0	1	2	3 4
<b>2</b>	Cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea, siento la preocupación de que podría estar volviéndome loco/a.	0	1	2	3 4
<b>3</b>	Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida.	0	1	2	3 4
<b>4</b>	Cuando siento malestar en el estómago, me preocupa estar seriamente enfermo/a.	0	1	2	3 4
<b>5</b>	Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea.	0	1	2	3 4
<b>6</b>	Cuando tiemblo en presencia de otras personas, me da miedo lo que puedan pensar de mí.	0	1	2	3 4
<b>7</b>	Cuando siento opresión en el pecho, me asusta no poder respirar bien.	0	1	2	3 4
<b>8</b>	Cuando siento dolor en el pecho, me preocupa que vaya a darme un ataque cardíaco.	0	1	2	3 4
<b>9</b>	Me preocupa que otras personas noten mi ansiedad.	0	1	2	3 4
<b>10</b>	Cuando tengo la sensación de que las cosas no son reales, me preocupa que pueda estar mentalmente enfermo/a.	0	1	2	3 4
<b>11</b>	Tengo miedo a sonrojarme delante de la gente.	0	1	2	3 4
<b>12</b>	Cuando noto que mi corazón da un salto o late de forma irregular, me preocupa que algo grave me esté ocurriendo.	0	1	2	3 4
<b>13</b>	Cuando comienzo a sudar en una situación social, me da miedo que la gente piense negativamente de mí.	0	1	2	3 4





---

14	Cuando mis pensamientos parecen acelerarse, me preocupa que pueda volverme loco/a.	0	1	2	3	4
15	Cuando siento opresión en la garganta, me preocupa que pueda atragantarme y morir.	0	1	2	3	4
16	Cuando me resulta difícil pensar con claridad, me preocupa que me esté ocurriendo algo grave.	0	1	2	3	4
17	Pienso que me resultaría horrible si me desmayase en público.	0	1	2	3	4
18	Cuando mi mente se queda en blanco, me preocupa que me esté ocurriendo algo terriblemente malo.	0	1	2	3	4

---

*Nota.* Clave de corrección:

Física = suma de los Ítems 3, 4, 7, 8, 12, 15; Cognitiva = suma de los Ítems 2, 5, 10, 14, 16, 18;

Social = suma de los Ítems 1, 6, 9, 11, 13, 17

---

*Nota.* Sandín, B. et al. (2007).

12.6. Escala de autoestima de Rosenberg [EAR]

---

**Instrucciones:** Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

---

- A. Muy de acuerdo**
  - B. De acuerdo**
  - C. En desacuerdo**
  - D. Muy en desacuerdo**
- 

A B C D

Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.

Estoy convencido/a de que tengo cualidades buenas.

Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.

Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.

En general estoy satisfecho de mí mismo/a.

Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.

En general, me inclino a pensar que soy un/a fracasado/a.

Me gustaría sentir más respeto por mí mismo/a.

Hay veces que realmente pienso que soy un/a inútil.

A veces creo que no soy buena persona.

---

**Interpretación:** De los ítems 1 al 5, las respuestas A D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A D se puntúan de 1 a 4.

**De 30 a 40 puntos:** Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

**De 26 a 29 puntos:** Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

**Menos de 25 puntos:** Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

---

*Nota.* Rosenberg (1965); Vázquez Morejón et al. (2004).

12.7. Personal Questionnaire [PQ]

<b>Código de paciente:</b>	<b>Terapeuta:</b>	<b>Fecha:</b>
----------------------------	-------------------	---------------

**Instrucciones:** Por favor complete este cuestionario después de cada sesión. Valore cada uno de los siguientes problemas de acuerdo con la medida en que le ha afectado durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy.

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>				
	<b>Nada en absoluto</b>	<b>Muy poco</b>	<b>Poco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Considerablemente</b>	<b>Muy considerablemente</b>	<b>Lo máximo posible</b>				
01					1	2	3	4	5	6	7
02					1	2	3	4	5	6	7
03					1	2	3	4	5	6	7
04					1	2	3	4	5	6	7
05					1	2	3	4	5	6	7
06					1	2	3	4	5	6	7
07					1	2	3	4	5	6	7
08					1	2	3	4	5	6	7
09					1	2	3	4	5	6	7
10					1	2	3	4	5	6	7

*Nota.* Elliott et al. (1999)

12.8. Clinical Outcomes in Routine Evaluation [CORE-10]

<b>Clave:</b>	<b>Sesión:</b>	<b>Fecha:</b>

**IMPORTANTE. POR FAVOR, LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.**  
 A continuación, encontrará 10 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así **durante los últimos siete días.**  
 Después marque la casilla que mejor lo refleje.

<b>Durante los últimos siete días...</b>		<i>Nunca</i>	<i>Muy pocas veces</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Siempre o casi siempre</i>
1	Me he sentido tensa, ansiosa o nerviosa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2	He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3	Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4	Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5	He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6	He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7	He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8	Me he sentido desesperada o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9	Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10	Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Puntuación total*</b>						<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

**Procedimiento:** Sumar las puntuaciones de los ítems y dividirlos por el número de ítems respondidos para obtener la media. Para obtener la Puntuación Clínica multiplicar por 10. Si se responden menos de nueve ítems, dicha puntuación debería utilizarse con cautela.  
**Método rápido** en el caso que se respondan la totalidad de los 10 ítems: Simplemente sumar las puntuaciones para obtener la Puntuación Clínica.

**GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO**

Nota. Feixas et al. (2012).

12.9. Outcome Rating Scale [ORS]

Nombre: _____	Edad (Años): _____	Género: _____
_____		
Sesión No. _____	Fecha: _____	
¿Quién completa esta escala? Por favor, indique: Usted _____		
Otra persona _____		
En caso de que sea por otra persona, ¿Cuál es su relación con ella? _____		

Considerando la última semana, incluido hoy, ayúdenos a comprender cómo se ha sentido en las siguientes áreas de su vida. Marcas a la izquierda representan niveles bajos, mientras que marcas a la derecha indican niveles altos. Si usted está completando esta escala por otra persona, por favor hágalo según crea que le está yendo a esa persona

---

**Individualmente**

(Bienestar personal)

|-----|

**En lo Interpersonal**

(Familia, relaciones cercanas)

|-----|

**Socialmente**

(Trabajo, Escuela, Amistades)

|-----|

**En General**

(Sentido general de bienestar)

|-----|

---

Nota. Rodrigo-Holgado et al. (2018).

12.10. Cuestionario Abierto evaluación de la Consciencia Emocional-Motivacional [CACEM-5]

Clave/caso	Sesión	Fecha:

**Instrucciones:** este cuestionario contiene cinco preguntas sencillas, pero que requieren ser respondidas siguiendo unos pasos. Sirven para detenerse un momento, prestar atención a uno mismo y expresar con palabras las propias vivencias. No hay respuestas correctas ni incorrectas y la mejor manera de responder es aproximarse a ellas con una actitud de apertura, descubrimiento y confianza. Tómate tu tiempo, no tengas prisa, y apóyate en los cuatro pasos que se describen a continuación para responder a cada pregunta.

**Paso 1:** Lee la pregunta despacio.

**Paso 2:** Descansa en el asiento en el que te encuentras y respira profundamente, mientras dejas que la pregunta resuene en ti (puedes repetirla interiormente).

**Paso 3:** No te apresures buscando una respuesta “en tu cabeza” o razonando. Solo escucha y atiende a tus sensaciones y sentimientos a la vez que respiras.

En este paso es posible que sientas (incluso físicamente) que algo empieza a tomar forma o que una sensación nueva nace como buscando palabras. Deja entonces que las palabras nazcan de ahí, de eso que comienza a formarse y de esa sensación.

**Paso 4:** Cuando creas tener la respuesta o parte de ella, comienza a escribir.

Antes de nada, toma nota de estos dos AVISOS:

- Si tras escribir la respuesta, sientes que aun necesitas añadir algo o ser más preciso/a, puedes utilizar estos cuatro pasos para completar la respuesta.
- Es posible que en alguna de las preguntas no te resulte fácil responder. No te preocupes y trata de responder a la siguiente. Cuando hayas terminado puedes volver sobre la/s pregunta/s que haya/n podido quedar pendientes.

1. ¿Cómo me encuentro? ¿Qué sensaciones tengo en estos momentos?

2. ¿Hay en mí algún sentimiento presente? ¿Qué o cómo me siento ahora?

3. ¿Necesito hacer algo? ¿Qué necesito hacer?

4. ¿Necesito decir algo? ¿Qué necesito decir?

5. ¿De qué me doy cuenta? ¿Qué pienso en estos momentos?

Nota. Caro et al. (2008).

12.11. Cuestionario Helpful Aspects of Therapy [HAT]

<b>Clave:</b>	<b>Sesión:</b>	<b>Fecha:</b>

**Cuestionario HAT**

**Instrucciones:** A continuación, encontrarás varias preguntas acerca de lo que llamamos “eventos de la entrevista”. Con el término *evento* nos referimos a algo que sucedió en la sesión. Debe ser algo que tú dijiste o hiciste, o algo que el/la terapeuta dijo o hizo.

- 1. De los eventos sucedidos en esta sesión, ¿cuál sientes que fue el más útil o importante para ti personalmente? (Describe en qué consistió).**
- 2. Por favor, describe qué hizo que este evento fuera útil o importante, y qué sacaste de él.**
- 3. ¿Cómo de útil dirías que fue ese evento en particular? Valóralo sobre la siguiente escala. Para ello rodea con un círculo la puntuación adecuada. Las medias puntuaciones son válidas; por ejemplo 7,5.**

Estorbo			Neutral			Útil		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
E	E	M	L		L	M	E	E
x	n	o	i		i	o	n	x
t		d	d		d	d		t
r	g	e	g		g	e	g	r
e	r	r	e		e	r	r	e
m	a	a	r		r	a	a	m
a	n	d	a		a	d	n	a
d		a	m		m	a		d
a	m	m	e		e	m	m	a
m	e	e	n		n	e	e	m
e	d	n	t		t	n	d	e
n	i	t	e		e	t	i	n

---

t d e e d t  
e a a e

---

4. ¿Aproximadamente en qué momento de la sesión tuvo lugar ese evento?

5. ¿Cuánto tiempo duró el evento aproximadamente?

6. ¿Ocurrió alguna otra cosa particularmente útil durante la sesión?

 Sí No

(Marca la respuesta adecuada)

a. En caso afirmativo, por favor, valora cómo de útil fue ese evento:

- Ligeramente útil
- Moderadamente útil
- Útil en gran medida
- Extremadamente útil

b. Por favor, describe ese evento brevemente:

7. ¿Ocurrió alguna otra cosa durante la sesión que pudo haber sido un ESTORBO?

 Sí No

(Marca la respuesta adecuada)

a. En caso afirmativo, por favor, valora el grado en que ese evento fue un estorbo:

- Ligeramente útil
- Moderadamente útil
- Útil en gran medida
- Extremadamente útil

b. Por favor, describe ese evento brevemente:



Nota. Elliot (2012).

12.12. Session Rating Scale (SRS versión 3.0)

<b>Nombre:</b> _____	<b>Edad (Años):</b> _____
<b>ID#</b> _____	<b>Género:</b> _____
<b>Sesión No</b> _____	<b>Fecha:</b> _____

Por favor indique cómo fue la sesión de hoy poniendo una marca vertical en la línea que más cerca se aproxime a su experiencia

<b>Relación</b>	
No me sentí escuchado/a, comprendido/a, ni respetado/a.	Me sentí escuchado/a, comprendido/a, y respetado/a.
_____	_____
<b>Metas y Temas</b>	
No trabajamos ni hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar.	Trabajamos ni hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar.
_____	_____
<b>Enfoque o Método</b>	
El enfoque del/la terapeuta no encaja bien conmigo.	El enfoque del/la terapeuta no encaja bien conmigo.
_____	_____
<b>En General</b>	
En la sesión de hoy faltaba algo.	En general, la sesión de hoy estuvo bien para mí.
_____	_____

Nota. Rodrigo-Holgado et al. (2018).

### 12.13. Working Alliance Inventory Short [WAI-S]

Clave/caso	Sesión	Fecha:

#### Cuestionario WAI

A continuación, encontrarás una lista con **frases acerca de tu relación con tu terapeuta**. Considera cada frase cuidadosamente e indica tu grado de acuerdo con cada una de ellas (es decir el grado en que se corresponde con tu opinión y tu experiencia) utilizando esta escala.

	No se corresponde en absoluto		Se corresponde Moderadamente				Se corresponde exactamente							
	1	2	3	4	5	6	7							
1.	Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo acerca de las cosas que necesitaré hacer en la terapia para ayudar a que mi situación mejore.							1	2	3	4	5	6	7
2.	Lo que hago en la terapia me ofrece nuevas maneras de mirar mi problema.							1	2	3	4	5	6	7
3.	Creo que le caigo bien a mi terapeuta.							1	2	3	4	5	6	7
4.	Mi terapeuta no entiende lo que estoy tratando de conseguir en la terapia.							1	2	3	4	5	6	7
5.	Confío en la habilidad de mi terapeuta para ayudarme.							1	2	3	4	5	6	7
6.	Mi terapeuta y yo estamos trabajando para lograr los objetivos que hemos acordado entre los dos.							1	2	3	4	5	6	7
7.	Siento que mi terapeuta me aprecia.							1	2	3	4	5	6	7

8.	Estamos de acuerdo acerca de aquello en lo que es importante que trabaje en la terapia.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes acerca de en qué consisten mis problemas.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Hemos alcanzado un buen entendimiento acerca del tipo de cambios que serían buenos para mí.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Creo que el modo en que estamos trabajando con mi/mis problema/s es correcto.	1	2	3	4	5	6	7

---

**Tareas:** ítems 1, 2, 8 y 12

**Vínculo:** ítems 3, 5, 7 y 9

**Objetivos:** ítems 4, 6, 10 y 11

---

*Nota.* Corbella et al. (2011); Tracey y Kokotovic (1989)

### 12.14. Objetivos y Tareas en cada sesión

Sesión	Objetivo (s)	Tareas
1	<p>Contactar Comprender Conocer y que nos conozca. Validar el estilo de afrontamiento en el marco de la relación. Recopilar información para formular un foco terapéutico. Elaborar una lista de objetivos terapéuticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploración empática general</li> <li>• Brújula del dolor</li> <li>• Despliegue evocador sistemático para acoger y desplegar lo implícito de la demanda.</li> </ul>
2	<p>Lograr una formulación de caso compartida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leer y compartir la narrativa del MENSIT</li> <li>• CO-construir un proyecto terapéutico personalizado</li> </ul>
3	<p>Desarrollar la competencia experiencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Focusing</li> </ul>
4	<p>Introducir el trabajo enactivo o de representación de partes. Desbloquear elementos de la auto-relación. Integrar de forma adecuada y productiva las partes. Afrontar las situaciones con un diálogo interno útil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escisiones ansiógenas y autocríticas</li> </ul>
5	<p>Generalizar y llevar a cabo los cambios vivenciales logrados. Desarrollar mayor agencia a través de la terapia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Focusing sobre “que me pide este momento y a que me invita”</li> <li>• Elaborar una lista de aspectos vivenciales que se puedan monitorizar</li> <li>• Seleccionar uno y hacer un ensayo conductual (experimentar el significado personal)</li> <li>• Concretar y apropiarse de algún auto-premio o celebración por el logro</li> <li>• Desarrollar un cuidador interno como como compañero y ayuda</li> </ul>
6	<p>Revisión de objetivos del ensayo conductual. Evaluar las experiencias del ensayo conductual. Re-evaluar los objetivos de la primera sesión. Focusing sobre “mi yo ahora” y agradecer. Focusing sobre “mi yo en adelante” y revisar sub-focos. Detectar y decidir la preferencia por algún foco. Detectar aspectos de vínculo con un otro significativo para trabajar en un 2º ciclo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de objetivos del ensayo conductual</li> <li>• Evaluar las experiencias del ensayo conductual</li> <li>• Re-evaluar los objetivos de la primera sesión</li> <li>• Focusing sobre “mi yo ahora” y agradecer</li> <li>• Focusing sobre “mi yo en adelante” y revisar sub-focos</li> <li>• Detectar y decidir la preferencia por algún foco</li> </ul>



Negociar un segundo ciclo-

- Detectar aspectos de vínculo con un otro significativo para trabajar en un 2º ciclo.
  - Negociar un segundo ciclo
-

## 12.15. Transcripción CACEM-5

	Sesión1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6
<b>Me encuentro</b>	Bien.	Bien	Bien	Bien.	Bien	Nerviosa
<b>Sensaciones</b>	Liberación y alivio.	Tranquila y satisfecha	Tranquila y satisfecha	Empoderada y contenta	Tranquila	Pero menos que al principio
<b>Sentimiento presente</b>	Esperanzada, Contenta y agradecida	Esperanzada, creo que puedo avanzar en bienestar y paz mental	Satisfacción	Contenta y satisfecha	Calma	Me quedan muchas cosas por hacer
<b>Necesito hacer</b>	Hablar con amigas de cómo me siento ahora.	Ser más paciente y evitar comportamientos tóxicos con algunas personas	Descansar	Necesito pensar y disfrutar la sesión de hoy.	Nada	Dormir
<b>Necesito decir</b>	Necesito disculparme con algunas personas.	Nada. Quizás a mí misma decirme que no soy tan mala	Nada. Solo descansar y pensar	No	Nada	Hablar con mi padre para comunicarnos mejor
<b>Me doy cuenta</b>	Empiezo a entender el funcionamiento emocional	Tengo que abrir algunos cajones del pasado	Que mis miedos cambian de tamaño	Mi relación con mi voz crítica puede mejorar	Debo ser honesta conmigo misma	Hablar en voz alta es más fácil y menos molesto
<b>Pienso ahora</b>	Puedo ser más feliz y hacer más feliz a los míos	Esto puede ayudarme a superar aunque duela	Que esto lo condicionan mis pensamientos	Me voy a hablar con más cariño	Esto	Esto.

### 12.16. Transcripción HAT

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6
<b>Momento más útil</b>	Una recomendación para buscar término PAS en internet	Su manera de hablar y escuchar con atención	Hablar con la silla	Hablar con mi voz crítica	Hablar sobre mis relaciones personales	Mis niveles emocionales simbolizados en una casa
<b>¿Qué lo hizo útil?</b>	Fue un momento bonito en el que sentí comprensión.	Facilitó la comunicación y entendimiento	Necesitaba hablar en voz alta a mi familia	Importantísimo pues no sabía que era posible.	No he sido clara conmigo misma en mis relaciones	No lo tengo claro pero sé que lo fue
<b>¿Qué sacaste de él?</b>	Mucha empatía que es lo que más necesito	Comprensión	Escuchar lo que mi familia opina de mi	Estoy muy feliz con lo que nos hemos contado	Busco en otras personas cosas que necesito en mi	
<b>Puntuarlo del 1 - 9</b>	9	9	9	8	8	8
<b>¿En qué momento?</b>	En el último tercio de la sesión	Toda la sesión	Sobre la mitad de la sesión	Casi toda la sesión	Mitad de sesión	Sobre la mitad
<b>¿Cuánto duró?</b>	Breve	60 minutos	20 minutos	55 minutos	3 minutos	10 minutos
<b>¿Otro útil?</b>	Sí	Sí	No	No	No	Sí
<b>Valóralo</b>	En gran medida	En gran medida				En gran medida
<b>Descripción</b>	Hablar de mi familia, trabajo anterior...	Leyó un perfil que había creado para mí y me sentí muy identificada				Silla vacía con papá
<b>Algún estorbo</b>	No	No	No	No	No	No