



## **Procesos de cambio y efectos de la experiencia de contacto en psicoterapia**

June Atxa Estalayo

Magíster en Psicología

Asesora

Mercedes Jiménez Benítez

Universidad de Antioquia  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas  
Maestría en Psicología  
Medellín, Antioquia, Colombia

2022

<b>Cita</b>	(Atxa Estalayo, 2022)
<b>Referencia</b>	Atxa Estalayo, J. (2022). <i>Procesos de cambio y efectos asociados a la experiencia de contacto en psicoterapia</i> [Tesis de maestría]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
<b>Estilo APA 7 (2020)</b>	



Maestría en Psicología, Cohorte V.

Grupo de Investigación Psicología Cognitiva.

Centro de Investigaciones Sociales y Humanas (CISH).



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

**Rector:** John Jairo Arboleda Céspedes.

**Decano/Director:** Alba Nelly Gómez García.

**Jefe departamento:** Alberto Ferrer Botero.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

## Tabla de contenido

Resumen .....	7
Introducción .....	9
1 Planteamiento del problema .....	12
2 Justificación.....	24
3 Objetivos .....	30
3.1 Objetivo general .....	30
3.2 Objetivos específicos.....	30
4 Marco teórico .....	31
4.1. La Experiencia de Contacto en Psicoterapia .....	31
4.1.1. Aproximaciones conceptuales acerca de la experiencia de contacto en psicoterapia...31	
4.1.2. Fundamentación Teórica Acerca de la Experiencia de Contacto en la Psicoterapia Gestalt .....	38
4.1.3. El Ciclo de la Experiencia o el Ciclo de Contacto desde la Terapia Gestalt .....	42
4.2. Los Procesos de Cambio en Psicoterapia.....	45
4.2.1. Conceptualización de los Procesos de Cambio en Psicoterapia. ....	45
4.2.2. Investigación sobre Procesos de Cambio en Psicoterapia .....	48
5 Metodología .....	53
5.1. Enfoque y Diseño de la Investigación .....	53
5.2. Muestra y Muestreo.....	55
5.3. Caracterización de la Consultante .....	56
5.4. Procedimientos y Técnicas para la Recogida de Información .....	57
5.4.1. Procedimientos para la Recogida de la Información .....	57
5.4.2. Selección y Análisis de Episodios de las Sesiones de Psicoterapia Grabadas .....	59
5.4.3. Instrumentos de Evaluación.....	60

5.5. Análisis de los Resultados.....	65
5.6. Consideraciones Éticas y Legales .....	66
6 Hallazgos .....	70
6.1. Niveles de Experiencia.....	71
6.2. Técnicas Experienciales y Nivel de Experiencia .....	79
6.3. Procesos de Cambio .....	82
6.3.1. Descripción de los Procesos de Cambio .....	82
6.3.2. Evolución de los procesos de cambio .....	119
6.4. Efectos Terapéuticos .....	121
6.4.1. Efectos Percibidos.....	121
6.4.2. Efectos Observados en la Aplicación de Pruebas Pretest-Postest .....	130
6.5. Relación entre Efectos Terapéuticos Percibidos, Efectos Observados y Procesos de Cambio .....	139
6.6. Factores Moduladores del Proceso Terapéutico.....	141
6.6.1. Alianza Terapéutica .....	141
6.6.2. De los experimentos a la Responsabilización y a la Vida Cotidiana .....	143
6.6.3. Motivación para el Cambio y Actitud Colaboradora.....	147
6.7. Delimitación de la Relevancia de las Estrategias Terapéuticas .....	150
7 Discusión.....	153
Referencias .....	179

## Lista de tablas

<b>Tabla 1</b> Procedimiento de recogida de datos .....	58
<b>Tabla 2</b> Estadíos de la EXP Scale .....	63
<b>Tabla 3</b> Frecuencia de los niveles EXP Scale desde la tercera hasta la novena sesión .....	71
<b>Tabla 4</b> Nivel EXP y técnicas experienciales .....	81
<b>Tabla 5</b> Lista de cambios .....	128
<b>Tabla 6</b> Resultado del IDER en pretest y postest. ....	131
<b>Tabla 7</b> Resultado del STAI en pretest y postest. ....	133
<b>Tabla 8</b> Resultado de Escala de bienestar Ryff en pretest y postest. ....	135
<b>Tabla 9</b> Resultado de GHQ-12 en pretest y postest. ....	138

## Lista de figuras

<b>Figura 1</b> El ciclo de la experiencia de Zinker (2003) .....	43
<b>Figura 2</b> Frecuencia de aparición de los estadios EXP Scale 5, 6 y 7 de la tercera a la novena sesión.....	72
<b>Figura 3</b> Frecuencia de ocurrencia de procesos de cambio a lo largo de las sesiones .....	119

---

## Resumen

La experiencia de contacto implica la atención y focalización de lo que se vive y cómo se vive a nivel emocional, corporal y de pensamiento en el ámbito psicoterapéutico. Este concepto original de la psicoterapia Gestalt, fundamenta hoy diversos modelos y técnicas psicoterapéuticas; y se requiere investigar si la experiencia de contacto supone la base del cambio y de la eficacia en psicoterapia, tal como plantean algunos autores. Para ello, se desarrolló un estudio de caso con un diseño mixto y metodología de investigación de proceso-resultado, con el objetivo de comprender cómo las intervenciones psicoterapéuticas basadas en la experiencia de contacto se relacionan con los procesos de cambio y con los efectos de dichas intervenciones. Las categorías resultantes sobre los procesos de cambio fueron: reconocimiento de sí basado en la exploración de la experiencia interna, cambio en la actitud frente a emociones y capacidad de modulación, generación y aplicación de nuevos recursos de afrontamiento, cambio hacia la autovaloración positiva y hacia las relaciones genuinas. Los efectos, tanto percibidos al final de la terapia como medidos a través de instrumentos psicométricos pre y post tratamiento, muestran que la psicoterapia fue efectiva y que los efectos terapéuticos se relacionaron con los procesos de cambio. Se puede concluir que las técnicas que facilitaron la exploración de la experiencia interna y la experiencia de contacto, junto con factores comunes tales como la alianza terapéutica y la disposición al cambio, jugaron un papel crucial en los procesos de cambio y en los efectos terapéuticos observados.

*Palabras clave:* Psicoterapia, terapia Gestalt, procesos psicoterapéuticos, cambio psicoterapéutico, investigación proceso-resultado.

---

### Abstract

The experience of contact implies the attention and focus of what is lived and how it is lived on an emotional, corporal and thought level in the psychotherapeutic field. This original concept of Gestalt psychotherapy today supports various psychotherapeutic models and techniques; and it is necessary to investigate whether the experience of contact supposes the basis of change and effectiveness in psychotherapy, as suggested by some authors. To do this, a case study was developed with a mixed design and process-outcome research methodology, with the objective of understanding how psychotherapeutic interventions based on the experience of contact are related to the processes of change and the effects of said interventions. The resulting categories on the change processes were: self-recognition based on the exploration of internal experience, change in attitude towards emotions and modulation capacity, generation and application of new coping resources, change towards positive self-assessment and towards genuine relationships. The effects, both perceived at the end of therapy and measured through pre- and post-treatment psychometric instruments, show that psychotherapy was effective and that the therapeutic effects were related to change processes. It can be concluded that the techniques that facilitated the exploration of the internal experience and the experience of contact, together with common factors such as the therapeutic alliance and the willingness to change, played a crucial role in the change processes and in the observed therapeutic effects.

*Keywords:* Psychotherapy, Gestalt therapy, psychotherapeutic processes, psychotherapeutic change, process-outcome research.



---

## Introducción

La experiencia de contacto, es decir, el vivir la experiencia y contactarse con las emociones, sensaciones y pensamientos en el presente, es un concepto transversal usado hoy en día frecuentemente por múltiples teorías y escuelas de pensamiento en psicoterapia. De hecho, ha sido considerado desde hace algunas décadas como factor común y base del cambio de los procesos psicoterapéuticos (Bohart, 1993; Mahrer, 1993), e incluso se ha planteado que los cambios en el sistema experiencial son un objetivo en sí de la psicoterapia (Bohart et al., 2016)

Entre los modelos psicoterapéuticos actuales que tienen su base en la experiencia de contacto se incluyen las terapias contextuales de tercera generación, muy orientadas a la experiencia, el contexto y las relaciones (Mañas, 2007). Sin embargo, la mayor parte de los antecedentes de uso de la experiencia de contacto en psicoterapia son de corte humanista. Dentro de este enfoque y antecedentes, se puede mencionar de manera destacada a la psicoterapia Gestalt (Perls et al., 1951) la cual propuso el concepto inicial de experiencia de contacto. Otras terapias humanistas posteriores han desarrollado mayores acepciones a este concepto, tales como la Terapia Centrada en la Emoción (Greenberg et al., 1993), la Psicoterapia Expresiva Enfocada (Daldrup, et al., 1994), la Danza Terapia del Movimiento (Pallaro, 1996), el Psicodrama (Vaimberg y Lombardo, 2015), el Reencuadre Experiencial (Rogers y White 2017) y el Focusing (López, 2018).

Estos diferentes modelos han abordado la implicación de la experiencia de contacto en psicoterapia tanto a nivel conceptual, abarcando desde el vivir en el *Aquí y Ahora* en lo cotidiano de la vida, esto es, en la conciencia, presencia y responsabilidad de los actos y vida en general; hasta asuntos más clínicos, desarrollando técnicas vivenciales o experienciales para abordar las situaciones conflictivas que son consultadas por las personas en el espacio terapéutico.

Por otra parte, sobre los avances en investigación en el campo de la psicoterapia, desde los 80, ha surgido una tendencia a estudiar los procesos de cambio implicados, superando los estudios cuya pretensión única consiste en mostrar resultados en cuanto a eficacia. Precisamente, es a partir de esta discusión y de la necesidad de demostrar no sólo la efectividad sino de analizar qué ocurre en el proceso terapéutico, que surge la *investigación de proceso*, la cual tiene como

---

principal objetivo “analizar eficientemente aquellos factores terapéuticos significativos que permitan explicar las variaciones en los resultados psicoterapéuticos” (Valdés et al., 2005, p.3)

La investigación de proceso, orientada al análisis de los eventos ocurridos durante la psicoterapia, ha ido también derivando hacia metodologías de *investigación de proceso-resultado* (Hill, 1990) cuando los procesos de análisis se asocian a los resultados obtenidos en la psicoterapia. De esta forma, se puede decir que en el campo de la investigación en psicoterapia se está optando por “utilizar metodologías de investigación que permiten un análisis sistemático de los datos en secuencia, empezando a recurrir a metodologías cualitativas y la combinación de éstas con las metodologías cuantitativas” (Valdés et al., 2005, p.3).

El desarrollo de estudios desde esta metodología que combina el análisis de los procesos y de los resultados en la psicoterapia son aún limitados y, respecto al estudio específico de la experiencia de contacto, puede considerarse que aún restringidos desde este enfoque metodológico. Por una parte, gran parte de los estudios sobre esta temática se han centrado en validar empíricamente mecanismos de cambio emocionales, y por otro lado, en muchas ocasiones las investigaciones no han contado “con un control sobre las posibles mejoras en la variable de resultado, antes de medir la variable de proceso” (Basto y Salgado, 2014, p. 43).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, esta investigación tiene por objetivo comprender cómo las intervenciones psicoterapéuticas basadas en la experiencia de contacto se relacionan con procesos de cambio terapéutico y con los efectos de dichas intervenciones, a fin de generar evidencia que permita validar empíricamente la experiencia de contacto como una herramienta central de la psicoterapia, así como algunos de sus fundamentos desde los modelos psicoterapéuticos que la han ido desarrollando, tales como la terapia Gestalt.

Para ello, se desarrolló un estudio de caso partiendo de un diseño mixto respondiendo a la metodología de investigación de proceso-resultado, en el que se analizaron siete sesiones intermedias del proceso psicoterapéutico de una mujer de 19 años (desde la tercera a la novena sesión), las cuales fueron grabadas en video con autorización tanto de la consultante como del terapeuta, mediante la firma de consentimiento informado. A través de la técnica del *estudio de episodio*, se seleccionaron aquellos fragmentos de las grabaciones en los que se presentaban niveles más altos de experiencia en la consultante, medidos por la escala EXP Scale (Klein et al. 1969) siendo éstos los que se tomaron para realizar un análisis cualitativo sobre los procesos de

cambio. Además, al finalizar las intervenciones, se aplicó una entrevista sobre procesos de cambio y efectos percibidos tanto a la consultante como a su terapeuta, con el fin de ampliar la información sobre los procesos y cambios analizados en los fragmentos de las sesiones terapéuticas. Todas las grabaciones fueron transcritas para, a continuación, proceder a un posterior análisis y codificación de los sucesos terapéuticos y relatos de la consultante, y conformándose a partir de éstos, las categorías resultantes sobre lo que ocurría en términos psicológicos en esos momentos, en cuanto a procesos de cambio.

Adicionalmente, para poder determinar los efectos del proceso psicoterapéutico en la consultante, antes de comenzar la terapia y al finalizar el estudio, se aplicaron pruebas psicométricas de depresión, en este caso el IDER (Ritterband y Spielberger, 1996), de ansiedad, en el presente estudio el STAI (Spielberger et al., 1999), de salud general, el GHQ-12 (Goldberg, 1978) y la escala de Bienestar psicológico de Ryff (1989), cuyos cambios en términos cuantitativos se pusieron en relación con las categorías obtenidas acerca de los procesos de cambio.

Los resultados de este estudio muestran que la experiencia de contacto fue primordial tanto para los procesos de cambio como para los efectos de la terapia, y que ambos están relacionados.

---

## 1 Planteamiento del problema

*Ahora* abarca todo lo que existe, el pasado ya no es, el futuro aún no es. *Ahora* incluye el balance de estar aquí, vivenciar, compromiso, fenómenos, darse cuenta (Perls, 2012, p. 56).

La experiencia de contacto, es decir, el vivir la experiencia y contactarse con las emociones, sensaciones y pensamientos en el presente, es un concepto transversal usado hoy en día frecuentemente por múltiples teorías y escuelas de pensamiento en psicoterapia. De manera específica, en el contexto de la psicoterapia, el concepto de experiencia de contacto implicaría la atención y la focalización de lo que se vive y cómo se vive a nivel emocional, corporal y de pensamiento; describiéndose teóricamente por Bohart (1993) como “un modo de aprehensión caracterizado por su inmediatez y su naturaleza holística, contextual y corporal” (p.51). En esta línea contextual, Mahrer (1993) también define experimentar como una reunión o encuentro con lo otro, considerándose lo otro como el ambiente, o lo externo al propio organismo.

Desde estos primeros esfuerzos de conceptualización de la naturaleza esencial de la experiencia de contacto, se sostiene que la experiencia es un concepto central en psicoterapia que requiere clarificarse por su relevancia para la misma. De hecho, Mahrer (1993) elabora un sistema completo para investigar el cambio psicoterapéutico fundamentándose en la experiencia como un factor común de éste.

No obstante, cabe mencionar que diferentes autores lo han abordado desde diferentes enfoques y escuelas psicológicas, por lo que no existe un concepto consolidado que permita recoger todas sus diferentes acepciones. Al respecto, y teniendo en cuenta los antecedentes, existen varios modelos y técnicas psicoterapéuticas que tienen su base en la experiencia de contacto, entre las que se encuentran en un primer momento las terapias de corte humanista. Dentro del enfoque humanista, adquiere gran relevancia la psicoterapia Gestalt (Perls et al. 2001), terapia en la cual el “aquí y ahora” es un concepto fundamental, además de toda la teorización sobre el contacto (Zinker, 2003). Este marco comprensivo de la experiencia de contacto supone un aporte crucial para la psicoterapia, que incluso será retomado por otros modelos psicoterapéuticos hasta la actualidad. Su relevancia consiste en la conceptualización de la experiencia de contacto desde constructos como el “darse cuenta” o “awareness”, que implica

---

tanto el nivel emocional, como el corporal y de pensamiento, lo cual requiere la focalización de la atención en el momento presente.

Entre los modelos psicoterapéuticos de corte humanista más recientes que tienen su base en la experiencia de contacto, destacan: la Terapia Centrada en la Emoción (Greenberg, 1993), la Psicoterapia Expresiva Enfocada (Daldrup et al. 1994), la Danza Terapia del Movimiento (Pallaro, 1996), el Psicodrama (Vaimberg y Lombardo, 2015), el Reencuadre Experiencial (Rogers y White, 2017) y el Focusing (López, 2018). No obstante, fuera de las psicoterapias consideradas de corte humanista, también la experiencia de contacto se encuentra en la base de otros modelos psicoterapéuticos y algunos de gran actualidad, tales como las terapias contextuales de tercera generación, orientadas a la experiencia, el contexto y las relaciones (Mañas, 2007).

Aunque muy diferentes entre sí, estos modelos consideran la experiencia de contacto fundamental en el proceso psicoterapéutico, e incluso han desarrollado múltiples aplicaciones psicoterapéuticas asociadas a la misma para abordar asuntos problemáticos muy diversos de las personas, tales como: el procesamiento emocional, la toma de decisiones, el fomento de habilidades prácticas, el aumento de conciencia, el incremento de un sentido de control y elección sobre los pensamientos, sentimientos y comportamientos; e incluso como tratamiento para los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo, y para producir cambios relacionados con características de personalidad.

Así, las diferentes modalidades terapéuticas han abordado lo experiencial en la psicoterapia desde sus componentes emocionales, cognitivos o incluso corporales, dando cuenta de la relevancia del componente de la experiencia en la psicoterapia, en términos generales. Sin embargo, algunos antecedentes se centran en la emoción (Wakabe y Conceicao, 2016; Goldman et al., 2006; Warwar, 2004; Watson et al., 2003, Pos et al., 2003; Greenberg y Watson 1998); otros en la cognición y el comportamiento (Wyatt et al., 2014; Chiesa y Serretti, 2009; Gullone y Allen, 2009; Teasdale etl al., 2000; Luciano y Valdivia, 2006; Williams y Teasdale, 2002), y otros se mueven incluso desde la corporalidad, identificando así incluso aspectos de la personalidad (Dosamantes-Alperson y Merrill, 1980).

El énfasis en diferentes componentes de la experiencia, junto con la falta de una única definición de la experiencia de contacto plantean como problema la diversidad de acepciones del

---

concepto en sí, lo cual puede conllevar múltiples dificultades a la hora de validar y fundamentar empíricamente su relevancia dentro de los procesos psicoterapéuticos, a pesar de haber sido considerada como la base del cambio terapéutico por algunos autores (Bohart, 1993; Mahrer, 1993).

En este orden de ideas, existen propuestas que apuntan a la experiencia de contacto como factor común y base del cambio en psicoterapia. Autores como Bohart et al. (2016), sostienen que el objetivo de la psicoterapia es producir cambios en el sistema experiencial, y ya Bohart (1993, p. 51) específicamente afirmaba que “un objetivo común de la psicoterapia es crear un cambio en el nivel experiencial, en la forma de modificar referentes experienciales”.

Sin embargo, cuando se revisan las evidencias derivadas de la investigación acerca de la experiencia de contacto en psicoterapia, se encuentran diversos avances, aunque también algunas limitaciones. Por una parte, cabe mencionar los antecedentes de investigación respecto la fundamentación empírica de la experiencia de contacto, entre 2007 y 2017 en Canadá y Alemania mayormente, en donde se han desarrollado varias investigaciones con el objetivo de dotar de aval empírico al modelo de Terapia Focalizada en la Emoción de Greenberg, la cual otorga una gran importancia a la experiencia. Así, Pascual-Leone y Greenberg (2007), desarrollaron un modelo demostrando cómo los malos sentimientos se reestructuran a través del procesamiento emocional, entendido éste como como un patrón secuencial de emoción y evocación, creación de significado y transformación en una serie de estados de significado afectivo. Más tarde, en el caso del estudio reportado por Herrmann et al., (2014), los resultados apoyan el modelo previamente desarrollado, cuyo principal proceso de cambio es el de cambiar la emoción con la emoción.

Adicionalmente, para trastornos del estado del ánimo y depresivos mayormente, también ha habido un importante trabajo empírico que respalda la Terapia Centrada en la Emoción (Goldman et al., 2006; Warwar, 2004; Watson et al., 2003, Pos et al., 2003; Greenberg y Watson 1998). En estos estudios se sugiere una mejoría mayor de la sintomatología depresiva con la Terapia Centrada en la Emoción frente a otras terapias, además de otras mejoras en variables como la autoestima y la angustia interpersonal. Bedard (2008), por su parte, sugiere que el procesamiento emocional de los consultantes, medido por la profundidad de la experiencia, puede ser un ingrediente activo del cambio en el tratamiento de la depresión a través de diferentes orientaciones terapéuticas.

---

Por su parte, la Terapia Gestalt otorga un importante lugar a la experiencia desde sus fundamentos teóricos y prácticos. En este sentido, la técnica experiencial más característica y conocida de la terapia Gestalt, a pesar de las otras muchas existentes a partir de abordajes artísticos, teatrales o corporales, es la *silla vacía*. Siendo así, Clarke y Greenberg (1986), llevaron a cabo un estudio que mostraba la efectividad de esta técnica experiencial, comparando una intervención de terapia Gestalt con una intervención cognitivo-conductual, y encontrando que ambos enfoques de asesoramiento fueron más efectivos que ningún tratamiento a la hora de facilitar el proceso de toma de decisiones. Además, la intervención de la *silla vacía* ayudó a los clientes a tomar decisiones más amplias, además de profundizar en su experiencia emocional (Clarke y Greenberg, 1986). A su vez, Paivio y Greenberg (1995) encontraron que la técnica de psicoterapia de la silla vacía es eficaz en casos de situaciones no resueltas. De hecho, afirman que el cliente debe experimentar el “insight” donde la cognición y la experiencia muscular interactúan, sugiriendo de esta forma una experiencia que relaciona el pensamiento con la experiencia corporal.

A su vez, sobre la Psicoterapia Experiencial de Movimiento, otra de las psicoterapias que otorga un papel importante a la experiencia, se han obtenido resultados empíricos que indican incrementos significativamente mayores en las siguientes características de la personalidad: interiorismo, flexibilidad de su aplicación de valores, sensibilidad a sus propias necesidades y sentimientos, capacidad para expresar sentimientos libremente, aceptación de sí mismo a pesar de las debilidades y la capacidad de participar en las relaciones íntimas (Dosamantes-Alperson, y Merrill, 1980). Así, se puede decir que los impactos de la experiencia se miden más allá de los síntomas de malestar, ya que además produce procesos de cambio más profundos.

Sobre el Focusing, la cual es una técnica experiencial de carácter sobre todo corporal, existen investigaciones que lo evalúan positivamente, y que señalan que a través de la experiencia, los sujetos descubrieron aspectos de sus problemas o motivos de consulta que hasta ahora habían permanecido fuera de alcance (Leijssen, 1996-1997). En este sentido, en un metanálisis con 89 estudios realizado en 2002, se concluyó que un alto nivel de experiencia en psicoterapia orientada al Focusing está relacionado con el éxito de la terapia (Hendricks, 2002).

Por otro lado, se encuentran las terapias de tercera generación, las cuales dan un gran salto respecto a la terapias cognitivo-conductuales de segunda generación, al no dirigirse a la

---

reducción de síntomas, sino a que la persona asuma la responsabilidad de sus procesos en su contexto y acepte lo que éste conlleve, regulando su comportamiento y actuando con flexibilidad.

Entre éstas, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; por sus siglas en inglés), la cual está basada precisamente en el marco de lo relacional y en la toma de conciencia, con un fuerte componente de ejercicios de exposición consciente. Esta ha sido ampliamente investigada en estudios de caso controlados mostrando su efectividad (Luciano et al., 2006, p.191), considerándose en la actualidad como una de las terapias que cumplen con los criterios de eficacia de la Psicología Basada en la Evidencia (PBE).

Otra de las terapias de tercera generación que cumplen con los criterios de PBE es la Terapia Basada en Mindfulness, la cual ha demostrado ayuda a reducir el estrés, la depresión y los síntomas de ansiedad (Chiesa y Serretti, 2009; Chambers et al., 2009; Teasdale et al., 2000); y mejorar la orientación volitiva de la atención (Jha et al. 2007). Al respecto, Wyatt et al., (2014) en su meta-síntesis sobre investigación de la Terapia Basada en Mindfulness, relataron que las personas manifestaron un aumento de su conciencia sobre sus síntomas y la comprensión de cómo se desarrollan en situaciones particulares, lo cual se convirtió, en general, en una combinación de mayor conciencia, habilidades prácticas y una nueva relación con la experiencia que ofreció a los participantes un mayor sentido de control y elección sobre sus pensamientos, sentimientos y comportamientos. Anótese aquí que uno de los conceptos principales de la Terapia Basada en Mindfulness es la atención plena, la cual se define como "el acto de notar cosas nuevas, un proceso que promueve una respuesta flexible a las demandas del medio ambiente" (Pagnini et al., 2016, p. 91), lo cual se relaciona con el concepto de experiencia de contacto en el sentido de la atención y focalización de la experiencia en el *Aquí y Ahora*. Sin embargo, los efectos propuestos de la Terapia Basada en Mindfulness sobre la reactividad emocional y el despliegue de atención requieren de mayor investigación empírica (Goldin y Gross, 2010).

Retomando todos estos antecedentes de investigación, podría decirse que todas las terapias en las que juega un papel fundamental la experiencia de contacto, sólo las dos últimas terapias de tercera generación, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia basada en Mindfulness, cumplen con los criterios de eficacia de la Psicología Basada en la Evidencia (PBE) y que las restantes, a pesar de haber tratado de fundamentar sus supuestos acerca de la experiencia de contacto dentro de sus propuestas teóricas y aplicadas, aún no cuentan con líneas



---

de investigación suficientes para demostrar la eficacia de sus técnicas y estrategias dentro del proceso psicoterapéutico, mediante procesos investigativos que cumplan criterios asociados a la PBE.

Hasta aquí, por tanto, podría concluirse por una parte que, la *experiencia* en psicoterapia no ha sido aún definida con exactitud de manera empírica y consistente por los diferentes modelos psicoterapéuticos y, por otro lado, que aunque se reconoce su relevancia en el cambio terapéutico por múltiples autores, escuelas y modelos que se orientan a lo experiencial en la psicoterapia, aún no se cuenta con resultados suficientes a nivel científico que avalen sus eficacia. Adicionalmente, tampoco se cuenta con evidencias suficientes acerca de por qué la experiencia de contacto puede resultar crucial en el cambio psicoterapéutico, como han defendido los autores y escuelas mencionados y, en este sentido, no cabe sólo investigar acerca de si la aplicación de la experiencia de contacto resulta eficaz o no en psicoterapia ya que, como algunos autores han señalado, la investigación orientada exclusivamente a la eficacia o eficiencia de las psicoterapias tiene limitaciones porque no permite conocer el por qué lo experiencial podría conducir al cambio.

Tal como plantean Echeburua et al. (2010), desde la lógica de la PBE no se investiga sobre los procesos de cambio en psicoterapia, lo cual supone una limitación para conocer incluso los mecanismos o ingredientes activos desde los que se sustenta la eficacia de la psicoterapia. En este mismo orden y dirección, Krause y Altimir (2016) señalan: “la investigación sobre el resultado (investigación de resultado) necesita ser complementada con la investigación de proceso (investigación de proceso y proceso-resultado) (p.33).

Al respecto de esta necesidad, se propone complementar la investigación de resultados y de procesos, como ya Greenberg en 1986 planteaba:

Una vez que supiéramos qué intervenciones eran las más apropiadas para los estados de los clientes y los resultados de los clientes resultantes de la resolución del problema, estaríamos mucho más cerca de describir cómo se produce realmente el cambio en la terapia. Entonces podríamos identificar los ingredientes activos del cambio y explicar los mecanismos que llevan a esto (p.7).

---

Tener en cuenta lo anterior implica asumir dos lógicas de investigación, la de resultado y la de procesos de cambio, que pueden tener muy diferentes fines y utilidades. En este sentido, frente a la investigación de resultados “más orientada a la mentalidad de reducir costes a cualquier precio” según Echeburua et al., (2010, p. 253), los resultados de la investigación sobre los procesos de cambio “parecen validar empíricamente el papel mediador de diferentes mecanismos en la promoción del cambio terapéutico” (Basto y Salgado 2014, p. 39). Así, Kazdin planteaba ya en el 2009 que “podría decirse que la pregunta más urgente es cómo la terapia conduce a un cambio” (Kazdin, 2009, p. 418) y que aún no se conocían de manera concluyente las razones acerca de cómo ocurría éste, aunque destacaba que se habían propuesto muchas ideas.

Adicionalmente, este argumento acerca de la necesidad de complementar la investigación de procesos y resultados se sustenta, no sólo en las limitaciones planteadas acerca de los estudios centrados en los resultados y de la relevancia del estudio de procesos para comprender los mecanismos de cambio terapéutico, sino también en las resistencias que se han generado respecto al estudio de los factores comunes en general en el campo de la psicoterapia. Al respecto, aunque se han desarrollado un considerable número de investigaciones en esta línea de factores comunes con resultados dicentes y con capacidad de aportar al desarrollo del campo de la psicoterapia, según Basto y Salgado (2014, p. 35) “parece existir una resistencia en adoptar un enfoque centrado en factores comunes, quizás por ser percibido como una amenaza para la viabilidad y diferenciación de muchos modelos”.

Respecto a resultados específicos de investigaciones sobre factores comunes, puede retomarse el estudio de Levitt et al. (2006), quienes delimitan siete factores considerados como elementos importantes para el cambio: el compromiso con la terapia, el entorno de la terapia, el procesamiento fuera de sesión, la relación terapéutica, las características del terapeuta y la intervención terapéutica. De manera más reciente, Krause et al. (2015), estudian los indicadores genéricos del cambio en psicoterapia y señalan que, por lo general, los factores de cambio comunes a las diferentes psicoterapias incluyen sobre todo factores generales de la terapia, tales como: la alianza terapéutica, la estructura de la situación terapéutica, la función del terapeuta, la forma de interacción, y la forma en que se organizan y se transmiten los contenidos terapéuticos.

Sin embargo, más allá del estudio de los factores de cambio inespecíficos cuyo objetivo principal es identificar aquellos factores transversales o comunes a las distintas modalidades

---

terapéuticas responsables del cambio, se ha planteado otra línea de investigación centrada en los procesos terapéuticos que hacen énfasis en el estudio de la interacción entre el terapeuta y el paciente, en el análisis cronológico de los distintos episodios de cambio y, más recientemente, en la estructura del discurso durante el proceso terapéutico. Estos son conocimientos aún muy genéricos acerca de los procesos de cambio, que requieren mayor especificidad en cuanto a ingredientes o componentes activos específicos.

Al respecto, y con base en los planteamientos de Krause et al. (2006, p. 299) “es posible identificar los momentos de cambio; los contenidos del cambio son efectivamente genéricos; y, los indicadores de cambio identifican el momento de evolución de las terapias y la antigüedad de los consultantes”. Esto implica tener en cuenta diferentes aspectos en la investigación sobre procesos de cambio, como los momentos, los contenidos y los indicadores de cambio; lo cual ha llevado a una investigación sobre procesos de cambio muy diversa, según el foco de atención elegido.

Como ejemplo, Basto y Salgado (2014), investigan contenidos del cambio en psicoterapia en torno a dos enfoques: los cambios cognitivos y los cambios emocionales. Sobre los cambios cognitivos, sobre todo estudiados desde la propuesta ofrecida por la terapia cognitiva de Beck se puede decir, según estos autores:

Los diversos estudios demuestran que una modificación en los mecanismos cognitivos (pensamientos automáticos, actitudes disfuncionales, esquemas cognitivos o estrategias compensatorias) tienen impacto en la reducción de los síntomas. Sin embargo, pocos son los estudios que son capaces de probar y confirmar la hipótesis de que existe una relación de causa y efecto entre las dos variables. (Basto y Salgado, 2014, p. 39).

Acerca del cambio emocional, desde este enfoque de investigación de procesos, los estudios demuestran la importancia de la activación emocional en el proceso de cambio terapéutico aunque, según los autores previos: “por sí sola no parece ser suficientemente eficaz, siendo necesaria una integración cognitiva de la propia experiencia emocional para facilitar el proceso de cambio” (Basto y Salgado, 2014, p. 41).

---

Sin embargo, lo que se encuentra en la literatura en relación a la investigación sobre la experiencia de contacto, se vincula esencialmente al procesamiento emocional y, en este sentido, requiere mayor ampliación e integración con otros procesos de cambio.

Específicamente, el proceso emocional, del cual la activación emocional sería una parte, se describe como la transformación en experiencias más adaptativas de los estados emocionales de los individuos. (Baker et al., 2012). Según Basto y Salgado, (2014, p. 43), “los diferentes estudios son unánimes en afirmar que el procesamiento emocional es un mecanismo clave que influye en el proceso de cambio en la terapia”, lo que deja entrever que se le ha dado gran importancia el trabajo acerca de las emociones en terapia.

Paivio (2013), por su parte, aunque sostiene que los mecanismos primarios de cambio son la relación terapéutica y el procesamiento emocional de material problemático, da gran relevancia a éste planteando que, “un supuesto fundamental de todas las terapias orientadas a la experiencia es que la atención y exploración de la experiencia subjetiva interna, son la fuente principal de información utilizada en la construcción de nuevos significados” (p. 341). Esta posición sustenta la relevancia de la experiencia emocional en el proceso de cambio psicoterapéutico y, en esta línea, McGuire (1984) ya había argumentado que para cambiar un símbolo, el terapeuta debe ayudar al cliente a salir del pensamiento o las estructuras de comportamiento existentes y entrar en contacto con la experiencia por un momento, sin ningún concepto u otro símbolo. Es en estos momentos donde ocurre el proceso de cambio según McGuire (1984). De hecho, si se define la psicopatología como una capacidad restringida para la experiencia como lo hicieron Felder y Weiss (1991), se ha considerado que el objetivo básico de la terapia experiencial es aumentar la capacidad de los pacientes para experimentar y, en consecuencia, para crecer (Heitler, 1992).

En este sentido, cabe mencionar también el trabajo de Wakabe y Conceicao, (2016), en el cual encontraron que fue fundamental el proceso de cambio asociado con la experimentación y procesamiento de las emociones positivas que emergieron orgánicamente del trabajo con experiencias emocionales dolorosas. Por su lado, Pinheiro et al., (2018) en su estudio de caso único, concluyeron que los resultados apoyan que el procesamiento emocional está asociado con el cambio terapéutico, aunque no necesariamente precede a dicho cambio, al menos de una sesión a la siguiente.

---

En el modelo de la Terapia Centrada en la Emoción de Greenberg (2007), una de las psicoterapias que tiene la experiencia como base fundamental, el mecanismo central del cambio es el procesamiento emocional y los procesos emergentes de dar sentido a las emociones. Los principios del cambio emocional serían: la toma de conciencia, la expresión, la regulación, la reflexión, y la transformación (Greenberg et al. 2015). Por su parte, Pascual-Leone y Greenberg (2007), desarrollaron un modelo sobre el cambio terapéutico demostrando cómo los malos sentimientos se reestructuran a través del procesamiento emocional.

Cabe añadir que, desde los estudios sobre procesos de cambio en Terapia Centrada en la Emoción, una experiencia más profunda durante los episodios emocionales, así como una mayor excitación emocional durante el tratamiento con el subsiguiente proceso de darle sentido a la emoción, ha precedido un mejor resultado en el tratamiento (Goldman et al. 2005; Warwar y Greenberg, 1999). De hecho, Pascual-Leone y Yeryomenco (2016), mostraron a través de su metanálisis de diversos estudios sobre el tema que altos niveles de experiencia emocional en la terapia predicen buenos resultados en la misma.

También Toukmanian et al. (2010), aseveran que sus análisis denotan mejoras significativas en la terapia relacionadas tanto con la profundidad de la experiencia, y Goldman (1997), por su lado, descubrió en sus análisis que el promedio general de profundidad de la experiencia se correlacionó positivamente con los cambios en los síntomas depresivos y de angustia y el aumento de la autoestima.

Así, resumiendo el planteamiento dado, se puede afirmar que la experiencia de contacto no es un concepto consolidado por sus múltiples acepciones e incluso aplicaciones psicoterapéuticas, ya que tiene múltiples definiciones en función del tipo de psicoterapia en el que esté involucrado. Además, por un lado, varios autores reconocen la experiencia como base para el cambio desde la teoría (Mahrer, 1993; Bohart, 1993), e incluso ha habido estudios empíricos en varias terapias humanistas (Pascual-Leone y Yeryomenco, 2016; Wakabe y Conceicao, 2016; Toukmanian et al., 2010; Bedard, 2008; Goldman et al., 2005; Warwar y Greenberg, 1999) y contextuales (Chiesa & Serretti, 2009; Teasdale et al., 2000; Chambers et al., 2009; Jha et al., 2007) que, mediada en gran parte de los estudios por el nivel de activación emocional, respaldan la experiencia como un ingrediente fundamental en los resultados terapéuticos.

---

Por otro lado, Toukmanian et al. (2010) aseveran en sus análisis que las mejoras significativas en la terapia se relacionan tanto con la profundidad de la experiencia, como con la habilidad de participar en una compleja diferenciación enfocada internamente, y en la reevaluación e integración mentales. Es decir, que aunque resulta esencial la profundidad de la experiencia en la psicoterapia para los procesos de cambio y, en este sentido, deben garantizarse su activación, también se requieren analizar procesos más allá del procesamiento emocional.

Al respecto, existen autores que presentan modelos e ideas fuera de estos modelos de investigación de proceso, por ejemplo Klein y Elliott, (2006), quienes presentan un enfoque pluralista del proceso de cambio en terapia para trabajar desde la investigación cualitativa a través de testimonios. Lejos de la tradicional discusión sobre cambios cognitivos y emocionales, estos autores presentan el proceso de cambio a través de dos categorías, los cambios en el self y los cambios en la situación vital.

Por su parte, Mahrer (1993), ha hecho un importante aporte al concepto de experiencia de contacto desde la construcción de un sistema completo para investigar el cambio psicoterapéutico fundamentando la experiencia como un factor común para el cambio terapéutico. Este autor realiza una revisión de los significados actuales y las medidas del cambio psicoterapéutico (Mahrer, 1985) y describe lo que sucede en las sesiones de experiencia estándar, analizando qué podría ser diferente en las sesiones de psicoterapia transformacional poco comunes (Mahrer, 1993).

Siguiendo esta línea, Missirlian et al. (2005), sobre el papel de la experiencia en psicoterapia, en su investigación sostiene que, para que ocurra un cambio, la terapia debe ayudar a los clientes a acceder a diferentes facetas de su experiencia, para que así puedan desarrollar una más completa comprensión del significado que la experiencia tiene para ellos. Afirman que, aunque hay un creciente cuerpo de evidencia empírica que documenta que las terapias experienciales son efectivas para aliviar la depresión, reducir los problemas interpersonales y aumentar la autoestima, todavía se sabe relativamente poco acerca de cómo estos demostraron los cambios que se producen como resultado de la terapia (Missirlian et al., 2005).

Es por ello que se requiere adoptar hoy posturas trans-teóricas y mediante metodologías mixtas a la hora de investigar los diferentes ingredientes comunes y procesos de la psicoterapia. En el caso del estudio de la experiencia de contacto, tal como se plantea en el presente estudio, se

requiere investigar acerca de diferentes aspectos vinculados a la experiencia de contacto concebida ésta de manera integral, permitiéndose dar cuenta de manera general y completa sobre los procesos de cambio y los efectos de la inclusión de la experiencia de contacto integradora en la psicoterapia.

Siendo así, se requiere desarrollar más procesos de investigación que apunten o tengan como objetivo precisamente conocer cómo se relacionan los procesos de cambio y los efectos asociados a la experiencia de contacto en psicoterapia, y, por ello, se plantea el presente estudio, el cual pretende responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo las intervenciones psicoterapéuticas basadas en la experiencia de contacto se relacionan con los procesos de cambio y con los efectos de dichas intervenciones?

---

## 2 Justificación

A raíz del concepto de experiencia de contacto propuesto inicialmente por la terapia Gestalt y otros desarrollos psicoterapéuticos posteriores, sobre todo de corte humanista, se ha pretendido fundamentar la psicoterapia en un abordaje experiencial desde diferentes perspectivas o modelos teóricos. Este es el caso de la Terapia Centrada en la Emoción, la psicoterapia Expresiva Enfocada y la Danza Terapia del Movimiento, entre otras. En los años 90s, incluso este concepto adquirió tal relevancia que se planteaba la experiencia como base para el cambio terapéutico (Mahrer, 1993; Bohart, 1993).

Posteriormente, y aunque alrededor de los años 2000, el concepto y el estudio de la experiencia en psicoterapia pareció perder interés desde el mundo académico, reflejándose en una disminución de publicaciones, más recientemente aparecen las terapias contextuales o de tercera generación entre otras, las cuales también presentan en cierta medida, según su concepto, el componente de la experiencia.

Así, se puede afirmar que la experiencia de contacto no es un concepto consolidado por sus múltiples acepciones e incluso aplicaciones psicoterapéuticas, ya que tiene múltiples definiciones en función del tipo de psicoterapia en el que esté involucrado, lo cual puede conllevar importantes limitaciones a la hora de desarrollar investigación.

En este sentido, aunque los diferentes enfoques han estudiado los efectos de la experiencia de contacto en psicoterapia sobre diversas problemáticas, demostrando su efectividad aplicada a asuntos como el procesamiento emocional, la toma de decisiones, fomento de habilidades prácticas, aumento de conciencia y mayor sentido de control y elección sobre sus pensamientos, sentimientos y comportamiento, así como para la reducción de síntomas en trastornos de ansiedad y del estado del ánimo; se plantean diversas cuestiones acerca del estudio de la experiencia de contacto.

Por una parte, los antecedentes de investigación a nivel empírico se han centrado fundamentalmente en el estudio de la experiencia de activación y procesamiento emocional pero escasamente se ha abordado el concepto más amplio y específico de experiencia de contacto de manera integral (emocional, corporal y cognitivo) y desde una perspectiva procesual. Además, estos antecedentes han contado con limitaciones metodológicas.



---

Sobre esta falta de fundamentación empírica, puede ser que, dado que el concepto ha sido fundamentalmente desarrollado desde escuelas humanistas, hoy en día y tradicionalmente reacias en muchas ocasiones a las exigencias modernas de fundamentación empírica de los procesos psicoterapéuticos, la experiencia de contacto haya sido reconocida como un principio activo de la psicoterapia en general pero no validado en cuanto a sus fundamentos teóricos y mecanismos de cambio.

Estas dificultades respecto a los procesos investigativos del concepto de la experiencia de contacto pueden enmarcarse en el conflicto aún no totalmente superado entre las dos culturas de la psicología como tal, la científica y la humanista. Al respecto, cabría señalar que ambas han tenido sus altas y bajas a lo largo del pasado siglo, marcando diferencias en los valores, supuestos epistemológicos y en perspectivas teóricas y profesionales, y mientras no se resuelva satisfactoriamente este dilema, la unificación o la integración y los propios desarrollos de las psicoterapias serán obstaculizados. Por ello, es a través de la elaboración de procesos de investigación que apuntan a factores comunes y a propuestas transteóricas, que se puede avanzar en el campo de la psicoterapia en general, dejando de lado estas improductivas disputas históricas en el campo de las psicoterapias.

Concretamente, y respecto a la experiencia de contacto, aunque ha sido un concepto ampliamente utilizado en el contexto de la psicoterapia, no ha contado con un aval empírico que le de cabida en las dinámicas modernas de la psicología que, en este sentido, se mueve bajo la creciente necesidad en este momento de unificar criterios y dotar a la psicología de un carácter científico, específicamente en psicología clínica, con el objetivo de validar sus tratamientos. Como sugieren Rey y Guerrero (2012) en su investigación sobre las tendencias de investigación en psicología en Colombia, “resalta el relativamente bajo número de proyectos dirigidos a la evaluación empírica de programas de tratamiento, a pesar de la tendencia internacional que surgió a raíz del informe del equipo de trabajo liderado por D. L. Chambless” (p.201)

En esta discusión es que surge la práctica de la Psicología Clínica Basada en la Evidencia (PBE), la cual supone integrar la experiencia del profesional clínico con la mejor evidencia obtenida de la investigación sistemática. Al respecto, Frías y Pascual, (2003) señalan que: “La Psicología Basada en la Evidencia (PBE) promueve la recogida, interpretación e integración de la

---

evidencia válida e importante derivada de la investigación, del juicio clínico y de la opinión del paciente” (p.11)..

Continuando con la descripción de Frías y Pascual (2003), aunque plantean que su “práctica está fundamentalmente relacionada con la aplicación de los ensayos clínicos aleatorizados, las revisiones sistemáticas y el meta-análisis aunque su vínculo no es de necesidad” (p.11). Por su parte, Moriana y Martínez (2011) lo definen como “un modelo teórico que asume el método científico de otras disciplinas que han sido capaces de demostrar empíricamente sus presupuestos a través del control experimental” (p.81).

De esta forma, aunque hay unos criterios a cumplir desde la PBE, en general el proceso de estas prácticas sigue cuatro pasos, según Frías y Pascual (2003): “formular el problema clínico, localización en la literatura de los artículos relevantes, valoración crítica de las pruebas encontradas y aplicación de los hallazgos a la práctica clínica (p. 11). En este sentido, la PBE tiene una marcada orientación hacia la investigación aplicada y cuenta con gran relevancia tanto en el ámbito académico como en la práctica asistencial dado que, tal como plantean Moriana y Martínez (2011) “Actualmente los tratamientos psicológicos que cumplen los requisitos derivados de este sistema son admitidos como tratamientos de elección en la mayoría de servicios públicos y privados de salud”(p. 81).

No obstante, con independencia de la PBE, se puede decir que a día de hoy, y tras años de investigación, está ampliamente comprobada la eficacia de la psicoterapia y que la discusión sobre la eficacia y efectividad de la psicoterapia ha sido un tema ampliamente tratado, a la par que han sido descritas y señaladas las limitaciones asociadas a la focalización de los trabajos únicamente en los resultados de la terapia. Al respecto, Echeburua et al. (2010), afirman que:

En ocasiones el énfasis en la eficiencia lleva a la mentalidad de la reducción de costes a cualquier precio, lo que supone caer en un economicismo absurdo, olvidándose de la relación terapéutica, de la necesaria evaluación individual de cada caso y de la realización del análisis funcional, así como de la delimitación de los objetivos terapéuticos ( p.253).

Además, la PBE estudia sólo en términos de eficacia de la psicoterapia, dejando ver falencias respecto al análisis sobre el producto y el proceso del cambio en sí mismo, es decir, sobre qué es lo que cambia y cómo se da este cambio en psicoterapia. Así, surge la investigación sobre procesos de cambio, que además de aportar información sobre resultados, genera conocimiento

---

sobre los “ingredientes” que hacen efectivas a las terapias, respondiendo a la pregunta sobre qué cambia y cómo en psicoterapia. En este sentido, cabe señalar que, desde los años 80, ha surgido una tendencia a estudiar los procesos de cambio implicados en la psicoterapia, dejando de lado los estudios cuya pretensión única es mostrar resultados en cuanto a eficacia.

En este sentido, se puede afirmar que, a pesar de la relevancia que ha ido adquiriendo el concepto de la experiencia de contacto en las distintas corrientes psicoterapéuticas, e incluso filosóficas, no se ha alcanzado un desarrollo a nivel empírico que dé cuenta del valor del fenómeno de la experiencia de contacto en términos psicológicos y de procesos de cambio en psicoterapia.

Es por ello que se plantea la posibilidad de desarrollar un proyecto de investigación que pretenda avanzar en el conocimiento no sólo de los procesos de cambio asociados a la experiencia de contacto, sino que también aporte a la construcción teórica del concepto de experiencia de contacto, trabajando en determinar los procesos de cambio asociados al mismo, entendiéndose éste como un concepto transversal en psicoterapia.

En este sentido, esta demostración es impensable sin una rigurosa investigación científica que dé cuenta de los procesos de cambio asociados a la experiencia de contacto en psicoterapia y, a la vez, que permita identificar cómo estos cambios se relacionan con los resultados terapéuticos. Para ello, resulta idónea la metodología de proceso-resultado frente al estudio de procesos o de la eficacia únicamente, porque se orienta a comprender cómo se relacionan los mecanismos y los factores del cambio con la efectividad de los procesos terapéuticos. En este sentido, los conocimientos derivados de este tipo de metodologías de investigación permiten generar guías de práctica clínica basadas en la evidencia que no sólo recomienden determinadas estrategias o programas de intervención sino que sus lineamientos de acción estén fundamentados tanto teórica como científicamente, lo cual potencialmente podría generar importantes avances futuros en el campo de la psicoterapia.

Esta fundamentación teórico-científica que se pretende desarrollar acerca del concepto de experiencia de contacto debe enmarcarse adicionalmente en un contexto sociocultural específico, dadas las diferencias que pueden estar asociadas a los fenómenos experienciales y prácticas terapéuticas en los diferentes grupos culturales y sociedades. En este caso, la mayoría de investigaciones antecedentes han sido desarrolladas en contextos anglosajones y publicadas en idioma inglés, y teniendo en cuenta lo que plantean Peláez et al. (2013): “se requiere desarrollar

---

proyectos de investigación que permitan conocer las adaptaciones, significaciones e impactos de los componentes psicoterapéuticos que han sido validados en otros contextos, en este caso a la región de América Latina”(p. 9), donde los estudios de este tipo son escasos.

Cabe añadir que en Colombia, según el Estudio Nacional de Salud Mental (2015), el 40,1 % de la población que se encuentra entre los 18 y los 65 años ha sufrido o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno mental. De acuerdo a los resultados de esta encuesta nacional, más del 50,5% de las personas tiene al menos cuatro síntomas de ansiedad y depresión, encontrándose la presencia uno o más síntomas de ansiedad en al menos un 52,9% de las personas y uno o más síntomas de depresión en el 80,2% de la población. Esta preocupante situación respecto a la salud mental en el país requiere desarrollar múltiples procesos investigativos que den cuenta de los factores asociados y, a la vez, generar un conocimiento situado acerca de las prácticas de intervención o tratamiento que resulten eficaces en este contexto y para las problemáticas o fenómenos prevalentes a nivel cultural.

En este sentido, la psicoterapia en general en el país aún está muy en falta de desarrollos propios y de procesos rigurosos a nivel investigativo que permitan guiar las propias prácticas basadas en la evidencia y la formación de profesionales. Por otra parte, resulta aún más necesaria la investigación teniendo en cuenta que la atención en salud mental en el contexto colombiano presenta múltiples dificultades de acceso a los servicios de salud, dado que ha quedado muy restringida a servicios privados con un elevado costo económico, mientras que los servicios públicos presentan numerosas barreras de acceso como son las largas esperas y la negación u obstaculización de las autorizaciones para el acceso a dicho servicio. Según Rojas et al. (2018): “La normatividad en salud mental no ha logrado cumplir sus objetivos, lo cual hace que la atención en salud mental en Colombia aún sea muy deficiente”. (p.129).

Es por ello que los resultados de los procesos investigativos en el campo de la psicoterapia en Colombia puede conllevar conocimientos y acciones en pro de garantizar una adecuada y oportuna atención en salud mental basada en la evidencia, por los entes prestadores de salud y, a la vez, fortalecer las indicaciones de los procesos terapéuticos en los programas y equipos de salud mental en el país.

En este sentido, se hace necesario llevar a cabo procesos de investigación sobre psicoterapia que permitan el avance y crecimiento del campo en general, y en los cuales la

---

fundamentación teórica y empírica sean una parte fundamental para la validación de la psicoterapia en el ámbito científico. De esta forma, se podría superar la tendencia mayoritaria de algunas escuelas psicoterapéuticas de generar publicaciones en el ámbito teórico sin los debidos fundamentos empíricos y asumir que la investigación científica en el campo de las psicoterapias supone una necesidad sobresaliente en un mundo que busca alternativas, respuestas y evidencia de estos aportes al bienestar de las personas y las sociedades específicas.

Partiendo de estas consideraciones, se plantea la necesidad de analizar de manera exhaustiva y rigurosa los procesos terapéuticos de cambio asociados a la experiencia de contacto que puedan dar cuenta de los resultados y de la eficacia de la psicoterapia, diferenciándolo de otros principios considerados como factores comunes a nivel terapéutico, tales como la alianza terapéutica, que aunque podrían resultar relevantes, resultan inespecíficos. En este sentido, tanto la pregunta de investigación como el diseño metodológico se orientan a identificar los procesos de cambio asociados a este componente experiencial de la terapia, y su relación con los efectos asociados al mismo.

De esta forma, se pretende hacer evidente el desarrollo del concepto de experiencia de contacto, que, llegado al punto en el que se encuentra, requiere de la construcción y otorgación de un carácter científico, para así incrementar su inmersión en las dinámicas de la psicología moderna desde la investigación de proceso-resultado.

### **3 Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Comprender cómo las intervenciones psicoterapéuticas basadas en la experiencia de contacto se relacionan con los procesos de cambio y con los efectos de dichas intervenciones.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar los procesos de cambio de los participantes que emergen en la experiencia de contacto en el proceso psicoterapéutico.
- Identificar los efectos terapéuticos de las intervenciones basadas en la experiencia de contacto.
- Relacionar los procesos de cambio de la experiencia de contacto en psicoterapia con sus efectos.

---

## 4 Marco teórico

### 4.1. La Experiencia de Contacto en Psicoterapia

#### 4.1.1. Aproximaciones conceptuales acerca de la experiencia de contacto en psicoterapia.

El concepto de *experiencia de contacto* aplicado a la psicoterapia hoy en día se basa en antecedentes filosóficos, a partir del existencialismo de Buber, Sartre, Heidegger, Jaspers y Kierkegaard, entre otros; quienes muestran un interés por el fenómeno de la experiencia y la libertad del ser humano. De acuerdo con Sartre (1999):

Esta concepción del hombre parte de la idea de un ser humano en continuo desarrollo, capaz de alcanzar metas, auto trascendente, influido por el entorno, mas no determinado por éste, con capacidad de elegir y decidir. Así, el hombre empieza por existir, se encuentra, surge en el mundo, y después se define (p. 31).

Entre estos antecedentes destacan los aportes de Husserl como fundador de la fenomenología existencial, quien describe las estructuras de la experiencia tal y como se presentan en la conciencia, sin recurrir a teorías o suposiciones, es decir, este autor propone observar la realidad de manera atenta y descriptiva, no interpretativa. Husserl habla precisamente de volver a la experiencia de sí mismo, a la experiencia interna que permite captar aspectos valiosos de la realidad. De hecho, la expresión “fenomenología” significa primariamente una concepción metodológica, que no caracteriza el qué de los objetos de la investigación filosófica sino el cómo de esta. Así, según Heidegger (1927):

Cuanto más genuinamente opere una concepción metodológica y cuanto más ampliamente determine el cauce fundamental de una ciencia, tanto más originariamente estará arraigada en la confrontación con las cosas mismas, y más se alejará de lo que llamamos una manipulación técnica, como las que abundan también en las disciplinas teóricas” (p. 37).

En el campo de la psicoterapia concretamente, se adapta este concepto filosófico para su aplicación por diferentes autores. Inicialmente, resulta relevante el aporte de Mathieu-Coughlin y Klein (1984), quienes definen el “experienciar” de la siguiente forma:

---

La medida en que el continuo, corporal, el fluir de la experiencia es el dato básico de la experiencia de un individuo. Es la conciencia y comunicaciones sobre uno mismo y la medida en que este dato interno es parte integral de la acción y el pensamiento (p. 213).

En esta misma línea de conceptualización integrativa de la experiencia, otros autores como Mahrer (1993) y Bohart (1993), ahondan en el concepto como tal, y sostienen que la experiencia es un concepto central en psicoterapia. Bohart, presenta una teoría descriptiva de la experiencia, definiendo el experimentar como un modo de aprehensión caracterizado por su inmediatez y su naturaleza holística, contextual y corporal (Bohart, 1992). En este mismo orden, Bohart (1992) afirma que:

Vivir satisfactoriamente implica ser capaz de responder eficazmente al flujo continuo de nueva información generada por las interacciones con situaciones específicas. Los planes generalizados, esquemas u constructos han de revisarse continuamente para acomodarlos a las variaciones y cambios constantes que constituyen el flujo de la vida cotidiana (...). Las diferentes terapias son terapias sobre cómo los individuos no consiguen enfrentarse productivamente a dicho feedback problemático. (p. 49).

En adición a esta caracterización de la terapia orientada a la experiencia inmediata, Mahrer y Fairweather (1993) desarrollan una revisión de las diferentes psicoterapias cuyo componente de cambio principal es la experiencia (afirman que son entre 20 y 40). A partir de su revisión, sostienen que ésta es un concepto común a las psicoterapias, y que la experiencia puede referirse a eventos y procesos terapéuticos que ya están establecidos en el campo de la psicoterapia, que se entienden, conocen y designan en términos mucho más establecidos y aceptados. Concretamente, describen ocho significados de experiencia en las diferentes psicoterapias (Mahrer y Fairweather, 1993):

1. Experiencia como una mayor conciencia (significado que, según los propios autores, se le da en Gestalt y en la Terapia Centrada en la Persona).
2. Experimentar es una mayor conciencia de los sentimientos.
3. Experimentar es una mayor conciencia de sí mismo.
4. Experimentar es la exploración más profunda de lo sentido.
5. Experimentar es someterse a una reorganización cognitivo-perceptual del marco de referencia.



6. Experimentar es la reducción de los malos sentimientos.
7. Experimentar es el encuentro, la reunión.
8. Experimentar es seguir la propia manera de ser y comportarse.

Es decir, dentro de estos significados se incluyen acepciones diferentes que tienen que ver con procesos asociados a la conciencia pero también con ámbitos emocionales, cognitivos, del comportamiento y contextuales que se orientan dentro de las diferentes psicoterapias cuya base del cambio es la experiencia.

Entre las corrientes psicoterapéuticas que se basan o incluyen la experiencia en el sentido que se ha descrito, cabe resaltar la psicología humanista, la cual fue la primera corriente en tomar este concepto y aplicarlo directamente a la intervención terapéutica. La psicología humanista, fundada por Abraham Maslow en los años 60, enfoca su atención en la experiencia consciente como fenómeno primario ineludible al estudiar al ser humano.

Desde esta corriente psicológica, las explicaciones teóricas y la conducta externa son consideradas como posteriores y secundarias ante la experiencia misma y ante la significación de ésta para la persona. Se plantea que: “cuanto más aprendamos de las tendencias naturales del hombre, más sencillo resultará decirle cómo ser bueno, feliz, provechoso, cómo respetarse a sí mismo, cómo amar, cómo realizar sus más elevadas potencialidades” (Maslow, 2007, p. 34).

Por otra parte, sobre el significado de experiencia dentro de la corriente humanista, en concreto en el Enfoque Centrado en la Persona de Rogers, “la experiencia se basa en ser consciente de, estar en contacto con, estar abierto a, ser receptivo, estar en sintonía con los sentimientos” (Mahrer y Fairweather, 1993, p. 6).

Por su lado, Gimeno-Bayón (2017), en su análisis y reflexión sobre las terapias humanistas, refiere que:

Éstas, si quieren ser fieles a su denominación de experienciales, harán consistir el proceso psicoterapéutico en desarrollar un interés por lo concreto vivo en el presente en el que prima el holismo, la interrelación sistémica y compleja de todo con todos y con todo lo que forma parte del individuo. La psicoterapia tendrá en cuenta cada uno de los subsistemas emocional, corporal, cognitivo, interaccional, etc. para explorar qué cambios se pueden introducir en ellos y así modificar la globalidad de la experiencia. En la sesión, entonces, se da la oportunidad y la

---

posibilidad de releer lo implícito en la experiencia, en un proceso de deconstruir y reconstruir el significado de la misma, dándole carácter sanador a lo que permanecía como dolorosamente insignificante o irreparable, incluyendo en la nueva lectura de dimensiones (p. 213).

Por otro lado, una de las psicoterapias de corte humanista, en concreto la psicoterapia Gestalt es una de las psicoterapias consideradas como experienciales (Mahrer y Fairweather, 1993), ya que de hecho es una de las que propone clara y directamente la experiencia como componente terapéutico. Este tipo de terapia plantea como propósito principal el vivir el “Aquí y Ahora”, entendido como el fenómeno de tener conciencia del instante que se vive y asumir la responsabilidad de “ser”. Para ello, se basa en el concepto de “darse cuenta” o en inglés “awareness” que consiste en la capacidad para percibir y vivenciar lo que está sucediendo dentro de sí mismo y del mundo que le rodea.

Otro concepto fundamental de la terapia Gestalt es el contacto, que es el proceso a través del cual nos relacionamos con el medio, y que se describe en resumen como la toma de conciencia con la novedad asimilable (Carabelli, 2013). Es el encuentro entre lo sensorio y lo motor, entre nosotros y el mundo. Nos definimos en la relación y somos en función del medio en el que estamos, de lo que percibimos y de las reacciones de nuestro organismo. Así, para un proceso de contacto sano con el mundo es necesario este vivir “Aquí y Ahora”.

De hecho, según Zinker (2003, p.104) “la terapia guesáltica cierra la brecha entre las terapias cognitivas y la modificación del comportamiento. Exponemos a la persona a comprensiones consistentes en experiencias”. El mismo autor añade que la terapia Gestalt “pone el acento en la modificación del carácter de la persona durante la situación terapéutica misma. Cuando esa modificación sistemática de la conducta nace de la experiencia del cliente la llamamos "experimento" (Zinker, 2003, p.105)

De igual forma, hay varios modelos de psicoterapia humanista, la mayoría posteriores a la Gestalt, cuyo componente principal es la experiencia, como por ejemplo, la propuesta por Greenberg et al. (1993), quienes presentan un modelo de psicoterapia basado en el cambio emocional a través de un enfoque vivencial y procesual, que permitiría el cambio de esquemas emocionales.

La Terapia Centrada en la Emoción (Greenberg, 1996), propone que “los esquemas emocionales se convierten en modelos mentales que influyen el punto de vista y la experiencia

---

de la persona de estar en el mundo, lo cual llega a ser el modo primario a través del cual las personas se experimentan a sí mismas en el mundo” (Greenberg, 1996, p. 113), y para modificarlos habría que tener en cuenta varios factores:

1) La relación terapéutica; 2) La dirección del foco atencional hacia rasgos reales de la experiencia de un modo vivencial; 3) La estimulación y evocación de la memoria emocional sistemática que ofrecería nueva información a simbolizar; 4) Animar a las personas a que se contacten directamente con la situación que les provoca ansiedad; 5) Generar nuevas experiencias a través de una terapia activa orientada vivencialmente; 6) Las nuevas relaciones interpersonales que se dan aquí y ahora entre el terapeuta y el paciente (Greenberg, 1996, p. 122-123).

Por otro lado, Daldrup et al. (1994) expone la Psicoterapia Expresiva Enfocada, la cual es un método de psicoterapia basado en Gestalt que está diseñado para facilitar la resolución de la emoción restringida en los pacientes. Esta forma de terapia se describe como un “proceso de cinco pasos que se relacionan específicamente con la intensificación y resolución de las emociones” (Daldrup et al. 1994; p. 129).

A su vez, Rogers y White (2017) plantean un modelo llamado el Reencuadre Experiencial (ER) que supone un modelo terapéutico concebido para tratar la distimia y el comportamiento disfuncional que inciden tanto en el trauma psicosocial crónico, como en los traumas existenciales de eventos más discretos. El reencuadre experiencial, en términos generales, consiste en la apertura a la percepción de la experiencia y las situaciones a través de diferentes perspectivas.

Otro de los modelos en el que el componente principal es la experiencia, y cuyo precursor es Gendlin, es el Focusing. Éste es una herramienta corporal de interacción entre el *experienciar* y los símbolos que permite llevar a cabo ajustes creativos en el aquí y ahora. Es una forma de acceder a información sobre nuestras vivencias llevando a cabo un ajuste que es sentido corporalmente y produce bienestar (López, 2018).

Por su lado, Jacob Levi Moreno propone el psicodrama, el cual invita a resolver conflictos en el momento presente, ocupándose de explorar las emociones a través de la actualización de escenas o situaciones pendientes, además de ser uno de los precursores más importantes de la terapia de grupo. “Con la aplicación del psicodrama se promueve la capacidad imaginativa, del pensamiento y del acto creativo y una disposición activa hacia la vida” (Vaimberg y Lombardo, 2015, p. 12).

---

Autores como Pallaro (1996) plantean, por su lado, el proceso psicoterapéutico desde la Danza-Terapia del Movimiento, el cual:

Tiene el fin de fortalecer y / o modificar la experiencia de habitar o integrar las representaciones y las experiencias del propio yo interno, siendo absolutamente necesario empezar desde el cuerpo y sus experiencias. Los terapeutas de danza / movimiento, por lo tanto, facilitarán la conciencia del cliente desde las sensaciones corporales a través de exploraciones de los límites de su piel y varias partes de su cuerpo, encontrando maneras de mover esas partes, exagerando e intensificando movimientos, liberando tensiones interiores y explorando sus propios ritmos corporales (p. 115).

En este orden de ideas, la experiencia de contacto concebida desde estas propuestas, a día de hoy es un concepto ampliamente utilizado en varios enfoques o prácticas terapéuticas concretas. Incluso, es importante mencionar que pasando a las actuales terapias conductuales, denominadas de tercera generación, ésta también tienen un importante componente de experiencia. Según Mañas (2007):

Se fundamentan en una aproximación empírica enfocada en los principios del aprendizaje, se orientan al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no sólo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto, además de otras más directas y didácticas (p. 7).

En relación al concepto de experiencia, de acuerdo con Mañas (2007), se puede observar que todas las terapias de tercera generación poseen componentes que implican llevar a las personas a vivir y experimentar sus emociones, sensaciones y experiencias en general, desde la aceptación, la conciencia plena, el enfoque experiencial, el análisis e intervención sobre la propia sesión y la relación terapéutica.

Por ejemplo, la Terapia de Aceptación y Compromiso, la cual es una de las terapias de tercera generación, está basada en la teoría del marco relacional (Hayes et al., 2004) y uno de sus principales conceptos es la evitación experiencial. Esta terapia “busca potenciar interacciones clínicas que permitan al paciente tomar conciencia plena, abierta, del flujo de los eventos privados –cualesquiera-, de modo que haga, o no, uso de ellos para actuar de modo valioso” (Luciano y

---

Valdivia, 2006, p.86) . De hecho, “las paradojas, las metáforas y los ejercicios de exposición plena/consciente en el aquí/ahora de uno mismo son esenciales en ACT” (Luciano y Valdivia, 2006, p.86).

Otra de las terapias de tercera generación muy relevante en la actualidad es la Terapia Basada en Mindfulness, cuya base es la atención plena. La Terapia Basada en Mindfulness (Kabat-Zinn, 1990) tiene dos componentes principales, “la regulación de la atención para mantenerla centrada en el momento presente y la actitud de curiosidad, apertura y aceptación hacia dicho momento con independencia de que éste posea un valor positivo o negativo” (Barrachina y Pérez, 2012). Así, en una aproximación al concepto de Mindfulness, Parra-Delgado (2011) lo describen como el ser plenamente consciente de los estímulos internos y externos que surgen en el momento presente, con aceptación, con ecuanimidad, sin juzgar, sin expectativas o creencias, con serenidad, bondad y autocompasión.

En el ámbito aplicado, la atención plena se desarrolla a través de múltiples formas de prácticas desarrolladas con base en tradiciones de meditación budistas, incluyéndose prácticas de meditación formal e informal, e incluso de Hatha Yoga para la reducción de estrés (Kabat-Zinn, 1990).

En este sentido, se podría afirmar que las terapias de tercera generación coinciden con la psicología humanista al tener en cuenta no sólo el contexto de las personas y sus relaciones, sino también la relevancia que adquieren las estrategias experienciales en el trabajo terapéutico y el enfoque en la ampliación de recursos personales, en lugar de en la eliminación de los síntomas. Las terapias contextuales o de tercera generación incluso proponen el concepto de hiperreflexividad como concepto común de las dimensiones clínicas, describiendo la misma como “una conciencia intensificada de aspectos de uno para sí mismo (autopresencia) de una manera que interfiere en el curso de la vida” (Álvarez, 2014, p. 42-43), lo que a su vez, coincide con una de las definiciones de lo experiencial proporcionada por Mahrer y Fairweather (1993).

Como hasta aquí se ha señalado, hay varias teorías y corrientes en la psicoterapia que se sirven de la experiencia para llevar a cabo la terapia. Sin embargo, muchas toman únicamente un componente de la experiencia, por ejemplo la emoción en la terapia centrada en la emoción, la experiencia corporal en el focusing y la danza-terapia movimiento, o el componente más contextual, como sucede en las terapias de tercera generación. Sin embargo, es en la terapia Gestalt

---

donde la experiencia tiene una mayor fuerza, además de contemplar el concepto de una manera más amplia. Por ello, se definirá el concepto de *experiencia de contacto* aproximándose al desarrollo conceptual que propone la terapia Gestalt, la cual considera la experimentación y el contacto como el eje primario del proceso terapéutico.

#### ***4.1.2. Fundamentación Teórica Acerca de la Experiencia de Contacto en la Psicoterapia Gestalt***

En terapia Gestalt, “Aquí y ahora” es el único momento y lugar en el que se puede vivir la experiencia. El pasado ya no está y el futuro es simplemente parte de nuestro imaginario. “Únicamente en el presente se puede tomar contacto con sus emociones bloqueadas y en esa forma expresarlas. Al establecer contacto con “el Aquí y el Ahora”, se pierde el control intelectual, y se llega a la sensación experiencial” (Vásquez, 2000, p.287).

El denominado “darse cuenta”, como se concibe la experiencia de contacto en Gestalt, implica tanto el nivel emocional, como el corporal y de pensamiento, y requiere atención y focalización de lo que se vive y cómo se vive. Atendiendo a lo expresado por Stevens (2012, p. 57), “un darse cuenta pleno es una identificación con mi experiencia y mi proceso, ahora: reconocer que ésta es mi experiencia, guste o no, y que este gustar o no gustar de mi experiencia es también parte de ella”.

Profundizando un poco más en este concepto de Aquí y Ahora, cabe mencionar la descripción de Picó (2014), quien plantea lo siguiente:

Aquí y Ahora se refiere a atender a lo que se está realizando en el momento presente, a tener la capacidad de experimentar las sensaciones y percepciones en varios niveles. La experiencia de relatar la preocupación del paciente tiene, por tanto, dos niveles: el nivel de los contenidos en sí mismos (qué pasó, con quién, cuándo, qué te preocupa, qué puede pasar, etc.) y el nivel del propio proceso presente (cómo es aquí y ahora la experiencia de contarme esto, qué te atreves a contar y qué no, qué gestos realizas mientras lo cuentas, qué percibes corporalmente, cómo me siento yo escuchando tu relato, a qué me siento llamado como terapeuta, qué me despierta más curiosidad, qué omisiones percibo en el relato, qué uso del lenguaje, etc.) (p.34).

---

Adicionalmente, De Castro y Gómez-Peña (2011), sobre el “darse cuenta” corporal, afirman que las sensaciones corporales siempre implican una conexión directa con un afecto, lo cual hace que, si se atiende a la experiencia inmediata corporalmente sentida, se tenga mayor probabilidad de acceder al conocimiento consciente de las propias intenciones, afectos, decisiones y valoraciones.

Así, un concepto central de la Psicoterapia Gestalt y que vale la pena tener en cuenta es el *awareness* o “darse cuenta” el cual Perls (2012, p.25) define como una “especie de integración entre lo objetivo y lo subjetivo” y el cual implica la capacidad de darse cuenta, percatarse y tomar conciencia.

De hecho, para Peñarrubia (1999, p. 98-99), existen tres zonas del darse cuenta o “awareness”:

1. Darse cuenta de la zona interna es poner la auto-observación en uno mismo: captar las sensaciones térmicas, kinestésicas, los sentimientos que afloran, los estados de ánimo y su evolución, etc. (...).
2. Darse cuenta de la zona externa es optimizar los sentidos y devolverles su función perceptiva, de forma que capturemos la realidad del entorno en vez de fantasearlo o interpretarlo (...).
3. Darse cuenta de la zona intermedia es precisamente enfocar este filtro fantasioso con que tamizamos las percepciones internas y externas al que Perls llamaba “Maya”, refiriéndose a la mente, la fantasía.

En complementación con esta información sobre Gestalt, Rogers (1992), por su lado, en su teoría sobre la personalidad, hacía también referencia a la esfera de la experiencia, que contiene todo lo que le sucede al organismo y que encierra la posibilidad de acceder a la conciencia. Esto comprende los sucesos, las percepciones y las sensaciones de las cuales la persona no tiene conciencia, pudiendo adquirirla si se concentrara en esos datos empíricos provenientes de la experiencia interna, lo que pudiera lograrse a través de las técnicas experienciales.

En esta línea y, haciendo referencia a la terapia Gestalt, Castanedo (1997a) manifiesta:

---

Volviendo a darse cuenta de este mecanismo, previamente fuera de la conciencia, la persona sometida a Terapia Gestalt puede llegar a analizar el proceso que sirve de soporte o apoyo a su conducta insatisfecha o inconclusa, de esta forma adquiere la capacidad de incrementar su toma de conciencia en el futuro (p. 33).

Al respecto, Santacruz et al. (s.f.) también describen los mecanismos terapéuticos en Gestalt de la siguiente forma:

La clase de conocimiento que la Terapia Gestalt enseña se refiere a cómo una persona distrae su atención del mundo sensorial de la experiencia inmediata. El mecanismo con el cual el individuo sustituye el activo aquí y ahora en una situación emocional es un objeto de estudio particular en la experimentación en Terapia Gestalt (p.3).

En adición a esta acepción sobre la experiencia de “darse cuenta”, cabe añadir que en Gestalt el contacto siempre es la experiencia del organismo con el entorno, y se concibe como un contacto sano aquél que se realiza con presencia o awareness (Francesetti et al., 2013). De esta manera, no se puede hablar de contacto si no existe un organismo en relación con entorno, el cual satisface sus necesidades en todos los niveles sino que, siguiendo a los autores originales de la Gestalt (Perls et al. 2001, p.5), es así que “hablamos del organismo en contacto con el entorno, pero el contacto es la realidad más simple e inmediata”. Por tanto, el contacto podría describirse como la toma de conciencia con la novedad asimilable (Carabelli, 2013) o, en otras palabras como la “conciencia inmediata y comportamiento hacia la novedad asimilable” (Perls et al., 2001, p.4).

En esta línea, Francesetti et al., 2013) mencionan que el término awareness “expresa estar presente con los sentidos en el proceso de hacer contacto con el entorno, identificándose uno mismo de un modo espontáneo y armonioso con la intencionalidad de contacto”.

Según el mismo Carabelli:

El contacto es la conciencia inmediata que tenemos del entorno y de la respuesta motora que genera nuestro organismo. Es el encuentro entre lo sensorio y lo motor, entre nosotros y el mundo. Nos definimos en la relación y somos en función del medio en el que estamos, de lo que percibimos y de las reacciones de nuestro organismo (Carabelli, 2013, p. 7).



---

Como se puede deducir hasta aquí, la implicación de la experiencia de contacto se vuelve muy amplia en el campo de la psicoterapia Gestalt ya que abarca, desde la focalización de la atención en lo que está sucediendo en lo cotidiano de la vida, esto es, en la conciencia, presencia y responsabilidad de los actos y vida en general; hasta abordar, mediante técnicas vivenciales o experienciales, las situaciones angustiantes que hacen referencia al pasado, al futuro o a todo lo que tenga que ver con la construcción acerca de sí mismo de los consultantes y que son traídas por las personas al espacio terapéutico. Para esto último es que se llevan a cabo los “experimentos” o técnicas experienciales en Gestalt cuyos fines a largo plazo consisten, según Zinker (2003) en:

(...) aumentar la dimensión en que el cliente tiene conciencia de sí mismo y se entiende a sí mismo, en ampliar su libertad para actuar con eficacia en su ambiente y en ensanchar su repertorio de conductas en una diversidad de situaciones (p.107).

Además, desde la terapia Gestalt también se presupone que los cambios producidos en la experiencia de la consulta de la terapia en sí, afectarán a cómo la persona concibe y se comporta en su vida diaria. De hecho “los cambios que se van produciendo en la persona tienen su repercusión en su vida fuera de la sesión y se asientan en un marco de normalidad y que le permite generar alternativas y comportamientos” (Gavino, p.82), lo cual respalda ampliamente Zinker (2003) en su texto acerca de la psicoterapia Gestalt.

Sobre este ámbito de transferencia y de contextualización de los procesos de la terapia, Picó (2014) señala:

En coherencia con el modelo de campo, la terapia Gestalt concibe la sesión de terapia como un marco en el que se da una experiencia real. En ese contexto el terapeuta es el entorno para el paciente y el terapeuta trabaja teniendo en cuenta esto, bajo la hipótesis de que el paciente podrá transferir a su vida cotidiana las experiencias relacionales y los aprendizajes que se dan en la sesión. En sesión el paciente puede incorporar novedad y aumentar su conciencia de sí mismo y de las posibilidades de su campo relacional (p.31).

---

En resumen, las bases del concepto de contacto en Gestalt apuntan a que en realidad sólo se puede dar el fenómeno de la experiencia en el momento presente y ésta, por su parte, es integral, abarcando tanto lo emocional, como lo cognitivo y comportamental. En este sentido, se parte de que la capacidad de vivenciar cada momento permite el verdadero contacto con la realidad y el entorno y, adicionalmente, que sólo estando presentes en ella, se puede desplegar todo el potencial de crecimiento y autorrealización humano.

Esta conceptualización del contacto desde la terapia Gestalt también ha sido abordada teóricamente en términos de procesos, es decir, acerca de cómo ocurre el contacto y sobre cómo los procedimientos terapéuticos pueden orientarse con base en un ciclo procesual de la experiencia hacia la satisfacción de las necesidades humanas, tal como se presenta a continuación.

#### ***4.1.3. El Ciclo de la Experiencia o el Ciclo de Contacto desde la Terapia Gestalt***

Zinker, en “El proceso creativo en la Terapia Gestalt” (2003) conceptualiza y propone el ciclo de la experiencia, a través del cual se logra la satisfacción de las necesidades humanas y el contacto con la satisfacción de las mismas. Su propuesta consiste en dividir el ciclo de la experiencia en seis partes o “pasos”, pudiéndose afirmar a partir de éste que la terapia Gestalt cuenta con un modelo propio sobre las operaciones psicológicas que se han de ir dando para alcanzar el contacto y satisfacer las necesidades humanas, lo que responde a una comprensión de procesos terapéuticos asociados a la experiencia y, en este sentido, el ciclo de la experiencia descrito por Zinker puede responder a un modelo teórico propio acerca de los procesos de cambio en psicoterapia. Estos siete pasos, de manera específica, son: 1. Sensación 2. Conciencia o darse cuenta 3. Movilización de energía. 4. Acción. 5. Contacto. 6. Reposo del organismo (Ver Figura 1):

**Figura 1**

*Ciclo de la experiencia descrito por Zinker (2003)*



Esta propuesta sobre el ciclo de la experiencia atiende a lo manifestado por Castanedo (1977a) acerca del contacto:

El contacto significa estar completamente implicado o ensimismado en la experiencia presente que transcurre en el aquí y ahora; el contacto no se limita solamente a una interrelación de persona. Además, el contacto se extiende a los alimentos, al contacto con la música, la naturaleza, en fin, a todo lo que implica el área sensorial y emocional. Si este contacto es activo proporciona satisfacción en la persona que lo establece. (p. 103)

Así, el modelo del ciclo de la experiencia de Zinker (2003), hace referencia al proceso que se da para la satisfacción de una necesidad, o como añade Picó (2014):

El modelo gestáltico del proceso de contacto hace una descripción de la progresión de esta activación, que va desde el surgimiento de la necesidad, pasando por la exploración activa del entorno, hasta llegar al contacto con el entorno que satisface la necesidad (p.20).

---

El modelo gestáltico del proceso de contacto hace una descripción de la progresión de esta activación, que va desde el surgimiento de la necesidad, pasando por la exploración activa del entorno, hasta llegar al contacto con el entorno que satisface la necesidad (p.20).

De la misma forma, el ciclo de contacto corresponde, según Peñarrubia, al “proceso que acontece cuando una necesidad orgánsmica emerge y pugna por su satisfacción” (Peñarrubia, 1999, p. 137).

Este último autor, Peñarrubia (1999) describe con detalle y amplía la concepción del ciclo de la experiencia planteado por Zinker (2003), en su libro “Terapia Gestalt: La Vía del Vacío Fértil”, la cual se presenta a continuación:

1. *Sensación*: Señales sensoriales más o menos concretas sobre la necesidad que el organismo desea satisfacer. Aquí cabe añadir, según Castanedo (1997b, p. 96), que:

Las sensaciones del organismo son internas y externas. Las internas son: propioceptivas (partes del cuerpo), cinestésicas (movimiento), viscerales (tener hambre, sentirse lleno, latidos del corazón, etc) y pensamientos, ideas, imágenes visuales. Las externas: visión, audición, tacto, gusto y olfato. Estas últimas sensaciones están dirigidas al entorno cuando las primeras están centradas en uno mismo (p. 96).

2. *Conciencia o darse cuenta*: Tomar conciencia sobre la necesidad y darle nombre. De acuerdo con el mismo Castanedo (1997a, p.102) “el awareness radica en poner atención a las sensaciones y organizarlas”, en cuanto a tres zonas del darse cuenta: interna, externa e intermedia.

3. *Movilización de la energía*: Consiste en la preparación para la acción real, es un estado de excitación corporal en el que se plantea y visualiza la acción.

4. *Acción*: Es la conducta que se realiza para satisfacer la necesidad como tal manipulando el medio.

5. *Contacto*: La necesidad del organismo se resuelve a través del intercambio con el ambiente, estando el organismo completamente implicado en la experiencia presente que transcurre en el aquí y ahora.

6. *Reposo*: Se resuelve la necesidad y el organismo pasa a un estado de reposo hasta que emerja un nuevo ciclo.

De esta forma, se puede observar cómo la terapia Gestalt tiene un modelo propio sobre la manera en que un organismo logra satisfacer sus necesidades y, por lo tanto, cambiar, describiendo los pasos o eventos que se dan en este proceso de contacto. Como se mencionó previamente, resulta muy importante esta conceptualización acerca del ciclo de la experiencia porque conlleva implícitamente una comprensión acerca de los procesos de cambio que tienen lugar mediante la implementación de técnicas experienciales en psicoterapia. A estos procesos de cambio que se producen en el ámbito psicoterapéutico y a la investigación acerca de los mismos se destinará el siguiente apartado.

## **4.2. Los Procesos de Cambio en Psicoterapia**

En este apartado se trata de generar un marco teórico sobre los procesos de cambio en psicoterapia, haciendo alusión primeramente a la conceptualización de los procesos de cambio en psicoterapia y posteriormente a las metodologías y procesos de investigación de los mismos.

### ***4.2.1. Conceptualización de los Procesos de Cambio en Psicoterapia.***

En aras de la conceptualización de términos, se ha denominado cambio terapéutico al “conjunto de cambios constructivos o positivos que se observan en el paciente en psicoterapia, y producto de factores específicos, técnicas, factores del paciente, del terapeuta y de la interacción entre ambos” (Bergin y Rogers, 1992, en Farkas et al., 2010, p. 410). En adición a esta conceptualización de los cambios como aquellos que se pueden observar, Krause (2005), por su parte, concibe el cambio más desde la percepción subjetiva de los clientes sobre sus problemas y sus síntomas, sugiriendo de esta forma que los cambios que se dan durante el proceso psicoterapéutico son en gran medida subjetivos. Al respecto, Krause et al. (2006) plantean que “este cambio se refiere a la perspectiva subjetiva de los clientes respecto de sí mismos, sus problemas y síntomas, y sobre la relación de éstos con el contexto en que ocurren” (p. 10). En este sentido, los procesos de cambio, aunque pueden ser observados en el proceso terapéutico, implican también la consideración de la perspectiva y experiencia subjetiva de los clientes.

---

Por su lado, Jacobson y Truax (1991) complementan la conceptualización de los procesos de cambio haciendo referencia a que suponen el resultado de cambios sucesivos y progresivos, con lo cual coinciden Krause et al. (2002) quienes agregan que éste no es un proceso estrictamente lineal.

Sobre cómo ocurren los procesos de cambio, cabe anotar que ha habido varios autores que han tratado de elaborar modelos que expliquen cómo se da el cambio terapéutico (Stiles, 2011; Pascual-Leone y Greenberg, 2007; Krause et al., 2006; Prochaska y Diclemente, 1986), y otros como Zinker (2003) que, sin estar específicamente en el campo de la investigación de los procesos de cambio de cambio en psicoterapia, propuso un modelo que explica el proceso de satisfacción de necesidades y consecución del contacto en el ámbito de la terapia Gestalt, denominado ciclo de la experiencia, el cual se describió en un apartado previo.

Respecto a los modelos que han profundizado de manera específica en los procesos de cambio en psicoterapia, cabe mencionar el Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente (1986, 2005), que contempla el cambio terapéutico a través de cinco etapas: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Desde este modelo, es importante destacar que, al intentar cambiar un problema, gran parte de las personas recaen al menos una vez en éste, y que la mayoría de ellas suelen volver a empezar el proceso terapéutico desde la etapa de contemplación o preparación para luego pasar a la acción. Es por esto que se dice que el cambio no sigue un patrón lineal, sino más bien uno en espiral.

Por su parte, Krause et al. (2006), tras su investigación sobre los procesos de cambio en psicoterapia, formula una serie de indicadores genéricos de cambio como modelo de los procesos de cambio en psicoterapia, a saber:

1. Aceptación de la existencia de un problema.
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.
3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.
4. Expresión de esperanza (“remoralización” o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas).

- 
5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales (“fisura”). Puede implicar reconocimiento de problemas antes no vistos, autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas.
  6. Expresión de la necesidad de cambio.
  7. Reconocimiento de la propia participación en los “problemas”.
  8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.
  9. Manifestación de un comportamiento o de una emoción nuevos.
  10. Aparición de sentimientos de competencia.
  11. Establecimiento de nuevas conexiones entre: aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.); aspectos propios y del entorno (personas o sucesos); y aspectos propios y elementos biográficos.
  12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.
  13. Transformación de valoraciones y emociones con relación a sí mismo u otros.
  15. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas.
  16. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.
  17. Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico.
  18. Reconocimiento de la ayuda recibida.
  19. Disminución de la asimetría entre paciente y terapeuta.

De manera más específica y asociada al ámbito de las emociones, Pascual-Leone y Greenberg (2007), desarrollaron la conceptualización de las secuencias emocionales en terapia (Greenberg y Paivio, 1997) cuando modelaron empíricamente secuencias emocionales que predecían buenos resultados. La secuencia para el procesamiento emocional, según estos autores, comienza con “angustia global”, un término que acuñaron para referirse a un sentimiento indiferenciado que tenía mucha excitación, pero poca significancia. Esta angustia finalmente se diferencia en emociones desadaptativas centrales en forma de miedo y/o vergüenza, dando lugar a la fase 2. Luego, en un paso crítico, el modelo resalta que la emoción desadaptativa necesariamente implica tanto una “necesidad existencial insatisfecha” como una “autoevaluación fundamentalmente negativa”. Estos dos aspectos de la experiencia, una necesidad no satisfecha

---

versus una autoevaluación negativa central, están en contradicción directa y crean una situación aparentemente imposible. Este es el punto donde se trabaja el proceso autocrítico de un cliente. Finalmente, para alcanzar la fase 3, es necesario identificar una necesidad insatisfecha central y resolver la contradicción resultante, lo que a menudo da paso a una experiencia categóricamente nueva, una que lleva al consultante a un sentido de sí mismo como merecedor y lo moviliza para abordar directamente las necesidades no satisfechas (Pascual-Leone y Kramer, 2017).

Finalmente, cabe incluir en esta revisión el modelo de Stiles (2011) acerca de los procesos de cambio a través de las diferentes fases de construcción de experiencias problemáticas que van desde la negación hasta la asimilación de las mismas. Stiles (2011) describe el proceso por el que el paciente pasa cuando logra asumir aquellas experiencias problemáticas o dolorosas con las que acude a terapia o que surgen en el marco del proceso terapéutico.

Así, se puede decir que varios de los autores han estructurado sus modelos sobre los procesos de cambio en psicoterapia por fases que, de diferentes maneras describen qué cambia en psicoterapia y cómo ocurre este cambio (Stiles, 2011; Pascual-Leone y Greenberg, 2007; Krause et al., 2006; Prochaska y Diclemente, 1986), y otros como Zinker (2003) que, desde la Gestalt y con un modelo netamente teórico, también establece ciertos pasos o fases que describen el ciclo de la experiencia, lo que, aunque no es netamente un modelo sobre los procesos de cambio, sí describe de cierta manera como se produce el cambio orientado a la satisfacción de necesidades y consecución del contacto. A continuación, por otro lado, se describen las diversas metodologías de investigación sobre los procesos de cambio.

#### ***4.2.2. Investigación sobre Procesos de Cambio en Psicoterapia***

Desde hace ya siete décadas, se comenzó a cuestionar la efectividad de la psicoterapia a partir del famoso artículo de Eysenck (1952), en el que exponía que la ausencia de tratamiento resultaba igual o mejor que la terapia psicoanalítica. Esta crítica propulsó fuertemente la investigación en psicoterapia, ya que a partir de ahí se comenzó a desarrollar un importante trabajo empírico que pudiera generar evidencias de la eficacia de la psicoterapia (Brown, 1987; Luborsky, 2001; Shadish et al., 2000).



---

Toda esta intención de proporcionar un cuerpo de evidencia empírica en el campo de la psicoterapia, a su vez, tuvo como consecuencia el surgimiento y desarrollo de diferentes perspectivas y líneas de investigación, las cuales no sólo se orientan a evidenciar la eficacia de la psicoterapia sino también de los procesos y mecanismos asociados con el cambio terapéutico. Entre éstas, podrían considerarse tres líneas históricas de investigación fundamentalmente, según Valdés et al. (2005) y Krause et al. (2006), a saber: (a) los estudios de los factores de cambio inespecíficos cuyo objetivo principal es identificar aquellos factores transversales o comunes a las distintas modalidades terapéuticas responsables del cambio; (b) las investigaciones del proceso terapéutico que hacen énfasis en el estudio de la interacción entre el terapeuta y el paciente, en el análisis cronológico de los distintos episodios de cambio y, más recientemente, en la estructura del discurso durante el proceso terapéutico y (c) los estudios que relacionan tipos de tratamiento con tipos de problema, a partir de los cuales se han elaborado listas de tratamientos con apoyo empírico para temas específicos.

Respecto a la investigación sobre los factores comunes de la psicoterapia, se puede decir que se cuenta en la actualidad con múltiples estudios a partir de los que se ha concluido que el cambio en psicoterapia deriva de la acción de variables “inespecíficas” o bien asociadas a “factores comunes” compartidos por los diferentes enfoques centrados (Opazo, 2001). Este tipo de estudios han arrojado información muy importante en el campo de la psicoterapia, como la alta capacidad para explicar el cambio que tienen los factores como la alianza terapéutica y la implicación emocional del cliente (Castonguay et al., 1996). En este sentido, se parte de que las intervenciones no deben basarse en una escuela de terapia específica, sino más bien en hallazgos empíricos tan amplios como sea posible, incluidas las ciencias psicológicas básicas y todas las diferentes escuelas de psicoterapia (Smith y Grawe, 2005).

Por su parte, sobre la investigación acerca de los procesos de cambio asociados a los procesos terapéuticos, la cual es la línea que se aborda en el presente estudio, se podría decir que consiste, según Greenberg (1986, pág. 4) en “identificar, describir, explicar y predecir los efectos de los procesos que provocan el cambio terapéutico”, por lo que metodología se centra “tanto en la interacción terapéutica como en el proceso de cambio experimentado durante la relación de ayuda, estudiando los episodios relevantes de cambio terapéutico”. (Krause et al. 2006, p.300).

---

Finalmente, respecto al estudio centrado en obtener evidencias acerca de los resultados en psicoterapia con la meta de relacionar tipos de tratamiento con tipos de problema, está toda la línea de investigación de la PBE, la cual según Frías y Pascual está altamente relacionada con los ensayos clínicos aleatorizados, las revisiones sistemáticas y meta-análisis, que permitirían elaborar listas de tratamientos con apoyo empírico para temas específicos. Sin embargo, como se ha mencionado, esta línea ha sido criticada precisamente por hacer hincapié únicamente en la eficacia de los tratamientos, dejando de lado el conocimiento sobre los procesos de cambio.

A estas tres líneas de investigación, se le puede añadir en la actualidad una combinación entre el estudio de procesos y de resultados, a lo cual se ha denominado *investigación de proceso-resultado*, cuyo objetivo es “analizar eficientemente aquellos factores terapéuticos significativos que permitan explicar las variaciones en los resultados psicoterapéuticos” (Valdés et al. 2005, p.3). De manera concreta, puede decirse que cuando el proceso de análisis se asocia con los resultados obtenidos en la terapia, se denomina “investigación de proceso-resultado” (Hill, 1990).

Respecto a los procesos investigativos de manera específica, cabe mencionar que los datos sobre el cambio psicoterapéutico se pueden elaborar a partir de la autopercepción del paciente, a partir de la percepción del terapeuta o a partir de la observación de expertos externos, pudiéndose medir a través de los síntomas, o en la esfera de lo representacional, la cual involucra tanto aspectos cognitivos, afectivos, como valorativos (Krause et al., 2002, en Reyes, 2005; Krause et al., 2006). No obstante, el estudio de procesos parece caracterizarse por una metodología específica y, al respecto, existe un acuerdo en llamar a la investigación sobre los eventos ocurridos durante la psicoterapia como investigación de proceso.

En esta línea, Krause (2015) plantea que la investigación de procesos se lleva a cabo a través del análisis de momentos o episodios, los cuales pueden ser diversos, tal como se plantea en la siguiente cita:

Entre los elementos y episodios considerados de ayuda se mencionan: los momentos de resolución de problemas, de conciencia (awareness); de apoyo; de insight; momentos en los que se tratan temas personales; en que se exploran y describen sentimientos y momentos en los que se ejercitan nuevas formas de comportamiento (Krause, 2005, p.42).

---

Por tanto, cabe anotar que, durante los últimos años, la investigación sobre los procesos de cambio en psicoterapia ha girado en torno al estudio de episodio (Bastine et al., 1989; Elliot, 1984; Fiedler y Rogge, 1989, Llewelyn, et al., 1988; Martin y Stelmaczonek, 1988; Marmar, 1990; Rice y Greenberg, 1984, Rhodes, et al., 1994, citado en Krause, 2005, p.37), el cual consiste básicamente en la identificación y descripción de momentos en las mismas sesiones de psicoterapia que resultan importantes y relevantes para el cambio, es decir, aquellos momentos en los que se puede afirmar que la persona cambia en psicoterapia. De esta manera, en el campo de la psicoterapia, “los episodios terapéuticos son unidades significativas de interacción terapéutica que, de acuerdo con el enfoque terapéutico que se está utilizando, están diseñados para lograr un objetivo terapéutico” (Greenberg, 1986, p.4).

Una propuesta metodológica para el estudio de los procesos de cambio mediante episodios en psicoterapia se ha denominado como “investigación de proceso orientada al descubrimiento” (Elliot, 1984; Hill, 1990; Mahrer, 1988, citados en Krause, 2005, p.36 y Mahrer y Boulet, 1999 ) la cual “es una variante cualitativa, de base empírica, de la investigación del proceso terapéutico” (Krause, 2005, p.36) en la que se parte de la identificación de elementos o episodios relevantes para el cambio. Esta metodología consiste en la descripción de las sesiones terapéuticas propiamente, para construir teoría con base en la información obtenida. En palabras de Krause (2005):

En esta aproximación metodológica, se desarrollan, a partir de la observación de las situaciones terapéuticas o del registro de la experiencia de los participantes, las categorías según las que se clasifican los sucesos terapéuticos. De este modo, la observación de los fenómenos clínicos se traduce en la formulación y contrastación de hipótesis (que no se desprenden de las teorías establecidas), en el afinamiento de estas hipótesis, la replicación de los resultados y, por último, el desarrollo de modelos teóricos (p.36).

Así, la investigación orientada al descubrimiento implicaría una actitud abierta y no previamente determinada teóricamente, que permita obtener información sobre el proceso terapéutico a partir de las observaciones sobre las sesiones. Para ello, “los investigadores desarrollan escalas o categorías para codificar las ocurrencias en la sesión (por ejemplo, el comportamiento del terapeuta) o para describir las experiencias de los participantes” (Hill, 1990,

p. 288) , o, por el contrario, se puede hacer uso de algunas ya establecidas que permitan formular y poner a prueba las hipótesis de los investigadores acerca de los sucesos terapéuticos observados.

En este campo de investigación, se ha optado por “utilizar metodologías de investigación que permiten un análisis sistemático de los datos en secuencia, empezando a recurrir a metodologías cualitativas y la combinación de éstas con las metodologías cuantitativas” (Valdés, et al., 2005, p.5). Este desarrollo metodológico, orientado al estudio de procesos de cambio, puede resultar idóneo para combinarse con perspectivas de investigación de proceso-resultado, dado que permite dar cuenta de aquellos sucesos y eventos terapéuticos en términos de estudio de procesos de cambio, y ponerlos en relación con las variaciones en los resultados de los mismos.

Concluyendo este apartado, podría decirse que en la intención de proporcionar cuerpo empírico a la psicoterapia, ha habido un gran desarrollo en la línea de investigación sobre los procesos de cambio en el campo, la cual se ha orientado mayormente al estudio de episodios a través de la combinación de metodologías cualitativas y cuantitativas, como lo es la “investigación de proceso-resultado”.

---

## 5 Metodología

### 5.1. Enfoque y Diseño de la Investigación

A efectos de poder determinar los procesos de cambio a la par que los efectos de la experiencia de contacto en psicoterapia, y respondiendo a los objetivos de investigación planteados, se utilizó un diseño de investigación mixto. Se denomina a este diseño mixto puesto que parte de combinar la información cuantitativa y cualitativa. La información cualitativa corresponde al material sobre los procesos de cambio obtenidos a partir de la observación de las sesiones terapéuticas y de una entrevista final acerca de los efectos percibidos, relatados por la propia consultante y su terapeuta. Por su parte, la información cuantitativa se obtuvo a partir de los resultados de una serie de instrumentos psicométricos, aplicados a la consultante antes y después de las sesiones de intervención que fueron seleccionadas para el análisis.

Este diseño mixto responde a la metodología planteada en el presente trabajo de investigación, denominada “investigación de proceso-resultado”, cuyo principal objetivo es “analizar efectivamente aquellos factores terapéuticos significativos que permitan explicar las variaciones en los resultados psicoterapéuticos” (Valdés et al., 2005, p.3). Por tanto, el presente estudio se adscribe al campo de la investigación en psicoterapia, el cual estudia de forma sistemática el impacto de las intervenciones psicoterapéuticas, el proceso y sus resultados. Específicamente, el estudio parte del paradigma del cambio, pretendiendo identificar los ingredientes y los procesos del cambio asociados a la experiencia de contacto en psicoterapia, conectando lo que ocurre en las sesiones de terapia con los resultados obtenidos.

Para ello, se utiliza inicialmente una estrategia metodológica orientada a la identificación de sucesos terapéuticos asociados a los procesos de cambio, partiendo de la “investigación de proceso orientada al descubrimiento” propuesta por Hill (1990), la cual es “una variante cualitativa de base empírica de la investigación del proceso terapéutico” (Krause, 2005, p.36), y cuyo objetivo es “la descripción de lo que ocurre en las sesiones terapéuticas para, sobre la base de la acumulación de nuevos conocimientos, aportar al desarrollo teórico” (Hill, 1990, citado en Krause, 2005, p.36). De esta forma, a partir de la experiencia psicoterapéutica de una sola consultante que participó en

---

la investigación, se establecieron las categorías para clasificar lo que proceso psicoterapéutico en términos de procesos de cambio.

Así, el procedimiento mediante el que se configuran las categorías sobre procesos consiste en identificar episodios claves en los que, en el caso de la presente investigación, la consultante mostrara altos niveles de experiencia, atendiendo a la clasificación de la EXP Scale (Klein et al. 1969), y proceder a su posterior análisis y codificación en función de lo que ocurre en términos psicológicos en esos momentos. Además, también se toman los episodios nombrados como relevantes por la propia consultante en la Entrevista Final de Cambio.

De acuerdo con Elliot (2010 p. 124) “la forma más obvia de realizar una investigación empírica sobre las conexiones entre los procesos de la sesión y el resultado posterior a la terapia es muestrear los procesos clave de una o más sesiones de terapia y usarlos para predecir el resultado posterior a la terapia (Elliot, 2010, p.124). Por tanto, para el análisis inicial de los procesos de cambio se utilizó el estudio de episodios, orientado al descubrimiento de categorías de elementos o sucesos terapéuticos claves asociados al cambio que componen o acompañaron la experiencia de contacto, a partir de la observación de las situaciones terapéuticas o del registro de la experiencia de los participantes, en este caso, una consultante y su terapeuta. Desde este marco, puede decirse que el conocimiento derivado de la investigación no parte de una teoría establecida acerca de los procesos de cambio sino que implica un paradigma interpretativo y una actitud abierta y orientada al descubrimiento de categorías a partir de la observación o registro de los fenómenos.

En adición al estudio de episodios para descubrir categorías sobre procesos de cambio, se obtuvieron datos a nivel cuantitativo para medir los resultados o efectos de la terapia, a través de una serie de indicadores de salud mental. Estos datos cuantitativos derivan de la aplicación de instrumentos psicométricos a la consultante al inicio y final del proceso terapéutico y resultan muy relevantes para la investigación de proceso-resultado, porque permiten relacionar las variaciones en las medidas de los instrumentos psicométricos con las categorías resultantes sobre los procesos de cambio. A su vez, estos datos empíricos resultan cruciales para el estudio porque permiten analizar qué efectos tiene una intervención basada en la experiencia de contacto en psicoterapia y determinar si ésta resulta eficaz desde un paradigma empírico-analítico, lo cual tiene mucho sentido en esta investigación en el que se requiere asegurar que la intervención basada en la experiencia de contacto sí produce cambios o efectos terapéuticos en una serie de indicadores para, a continuación,

---

generar hipótesis y aportes teóricos acerca de la conexión de estos efectos con los procesos de cambio. De manera simplificada, podría decirse que se requiere evidenciar que la terapia sí produce cambios para poder analizar cuáles son los procesos o mecanismos por los que se producen los mismos.

El diseño de esta investigación corresponde a un estudio de caso con un solo participante con medidas cuantitativas pre y post tratamiento y en el que se analizan cualitativamente procesos de cambio en un contexto terapéutico real. Según Bromley (1986, citado en Coolican, 2005), muchos estudios psicológicos son difíciles de replicar y los estudios de caso han llevado a los científicos hacia los cambios de paradigma o a las innovaciones teóricas.

Respecto a los alcances de la investigación, éstos pueden catalogarse en diferentes niveles: descriptivo, en tanto que describe cuáles son y cómo se manifiestan y operan los procesos de cambio asociados a la experiencia de contacto; a nivel correlacional cuando se proponen relaciones que se pueden generar entre las categorías resultantes del análisis sobre los procesos de cambio y entre éstas y los efectos terapéuticos; y un nivel explicativo al pretender determinar si la experiencia de contacto influye o determina los cambios terapéuticos y su relación con los resultados percibidos y los efectos terapéuticos medidos cuantitativamente.

## **5.2. Muestra y Muestreo**

La técnica de muestreo es de tipo intencional, puesto que se establecieron unos criterios para la selección de una participante, con quien se desarrolló el proceso de psicoterapia. Primeramente, se habló con un centro de psicoterapia especializado en terapia Gestalt para informar acerca de la investigación y solicitar su colaboración. Concretamente, se solicitó que cuando hubiera alguna persona que cumpliera con los criterios de inclusión de la investigación y que estuviera interesada en participar en el estudio, se contactara a la investigadora principal para acordar la sesión inicial de información y evaluación.

Así, el caso de estudio está conformado por una mujer de 19 años, la cual fue informada y consultada sobre la posibilidad de participar en la presente investigación y sus condiciones. Esta persona solicitó asistir voluntariamente al proceso terapéutico, momento en el cual se le contacta y se le informa sobre este trabajo de investigación, en el que decide participar voluntariamente.

---

Una vez informada sobre el proceso de investigación, se le realizó una entrevista inicial y se le aplicó una serie de pruebas psicométricas por la investigadora principal del estudio. Esta entrevista tuvo aproximadamente una hora de duración, y sus objetivos principales fueron analizar la posibilidad de participación con base en los criterios de inclusión y exclusión y la aplicación de escalas.

Sobre los criterios de inclusión y exclusión, a continuación se relatan:

Criterios de inclusión: ser mayor de edad, solicitar un proceso terapéutico de terapia Gestalt, comprometerse a asistir a todas las sesiones terapéuticas semanales durante el período de duración de la investigación, aceptar participar en el proceso de investigación y proporcionar un consentimiento informado por escrito (incluido el consentimiento para permitir las grabaciones de audio y vídeo de las sesiones de psicoterapia).

Criterios de exclusión: el abuso actual de drogas o alcohol, episodio actual de psicosis y haber tenido intentos recientes de suicidio. Estos criterios de exclusión se especifican para garantizar que la persona participante contara con capacidades a nivel cognitivo y emocional para participar en la investigación, así como para asegurar que el proceso investigativo no generara ningún riesgo o afectación negativa hacia la participante.

El psicólogo participante en el estudio fue un terapeuta gestáltico hombre, profesional en psicología que desempeñaba su labor en un centro especializado de terapia Gestalt de la ciudad de Medellín. Dicho terapeuta tiene 10 años de experiencia en psicoterapia y se formó en Terapia Gestalt por dos años. Se incluye en este proceso por su amplia experiencia y formación en psicoterapia, específicamente en Gestalt.

### **5.3. Caracterización de la Consultante**

El caso analizado se corresponde con una consultante mujer que en el momento de la investigación contaba con 19 años de edad, y a la que de ahora en adelante se nombrará como Laura, en sustitución de su nombre verdadero para garantizar la confidencialidad respecto a los datos personales de la participante. La consultante es natural de Medellín (Colombia), ciudad en la que reside con su padre, madre y hermano en el momento en que se realiza la entrevista previa. La consultante cuenta con estudios de educación media terminada (bachiller). En el momento de



---

iniciar y durante el proceso terapéutico, la consultante contaba con ocupación a nivel laboral. Acude a consulta por recomendación de su hermano, quien ya estuvo en un proceso psicoterapéutico previamente. La consultante presenta un aspecto físico y una presentación adecuada, se mantiene alerta y mantiene una actitud colaboradora. Además, muestra un lenguaje claro, fluido y coherente. Cabe resaltar que el motivo de consulta inicial fue “conocerse más y llegar a la estabilidad emocional”.

#### **5.4. Procedimientos y Técnicas para la Recogida de Información**

En este apartado se explicarán los procedimientos que se llevaron a cabo para la recogida de la información sobre los procesos de cambio y los efectos de la terapia a través de la: grabación de las sesiones, la aplicación de pruebas psicométricas pretest y postest, y las entrevistas a la consultante y su terapeuta. También se comentará cómo se seleccionaron y analizaron los fragmentos de las sesiones de psicoterapia grabadas, asegurando que se dieran experiencias de contacto necesaria para el análisis correspondiente, y se describirán brevemente los instrumentos de evaluación utilizados.

##### ***5.4.1. Procedimientos para la Recogida de la Información***

El procedimiento de recogida de la información comienza con la aplicación de un cuestionario inicial y una serie de instrumentos psicométricos (IDER, STAI, Escala de Bienestar subjetivo de Ryff y GHQ-12) antes del comienzo de la intervención. Durante la intervención, se grabaron en vídeo las sesiones desde la tercera hasta la novena (ambas incluidas). Por último, tras la intervención, se aplicaron de nuevos los instrumentos psicométricos (IDER, STAI, Escala de Bienestar subjetivo de Ryff y GHQ-12) y se realizó una Entrevista Final de Cambio a la participante y a su terapeuta, con el fin de ampliar la información sobre los procesos de cambio ocurridos durante la intervención y los efectos percibidos. Estos procedimientos de recogida de información se ilustran en la Tabla 1 a continuación (Ver tabla 1):

**Tabla 1***Procedimientos de Recogida de Datos*

Pre	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Post
IDER	EXP	EXP	EXP	EXP	EXP	EXP	EXP	IDER
STAI	Graba- ción	Graba- ción	Graba- ción	Graba- ción	Graba- ción	Graba- ción	Graba- ción	STAI
GHQ-12								GHQ-12
Escala Ryff								Escala Ryff
Cuestionario datos socio- demográficos								Entrevista Final de cambio (consultante y terapeuta)

Para responder al primer objetivo del estudio y caracterizar los procesos de cambio asociados a la experiencia de contacto, se analizaron siete sesiones intermedias de la terapia (entre la tercera y la novena del proceso psicoterapéutico, ambas incluidas), las cuales fueron grabadas en video. De estas grabaciones, se seleccionaron los episodios sobre los que se pudo determinar un alto nivel de experiencia, lo que en este caso, se midió a través de la Escala de la Experiencia (EXP Scale) (Klein et al., 1969). Así, se seleccionaron para su correspondiente análisis los episodios de las grabaciones, que según la EXP Scale, alcanzaban los estadios del 5 al 7, siendo en esta escala el 1 el nivel mínimo de experiencia y 7 el máximo. Estos fragmentos en los que el nivel de experiencia era alto, fueron analizados con el objetivo de describir los acontecimientos verbales, cognitivos, emocionales y corporales que ahí sucedían.

A través de la información recogida en las grabaciones y la obtenida en la entrevista final aplicada a la consultante y el terapeuta se construye teoría sobre los procesos de cambio asociados

---

a la experiencia de contacto a partir de las concepciones propuestas por la metodología de investigación cualitativa “investigación orientada al descubrimiento” (Hill,1990).

A la par, y respondiendo al segundo objetivo de la investigación orientado a identificar los efectos terapéuticos de la experiencia de contacto, se aplicaron antes y tras la intervención una serie de instrumentos psicométricos a la participante, a fin de obtener la línea base y la medición de cambios tras la intervención en varios indicadores de salud mental: ansiedad y depresión (desde una perspectiva psicopatológica) y bienestar psicológico y salud mental general (desde una perspectiva de la salud mental positiva). Estas mediciones permitieron cuantificar y analizar los efectos de la intervención.

Con el fin de obtener información sobre los efectos percibidos, se incluyeron una serie de preguntas asociadas en la Entrevista Final de Cambio, tanto a la consultante como al terapeuta. En un primer lugar, se pide que la consultante enumere libremente los efectos percibidos para más tarde ahondar específicamente en los cambios percibidos a nivel cognitivo, emocional y conductual. El mismo procedimiento se realiza con el terapeuta.

El interés acerca de medir los resultados observados y percibidos radica en la posibilidad de averiguar a qué experiencias o procesos atribuía el cambio, tanto la participante como el terapeuta, además de contrastar si los efectos observados y los efectos percibidos coincidían.

Por último, a fin de establecer relaciones entre el efecto de las intervenciones basadas en la experiencia de contacto y los procesos de cambio asociados, lo cual responde al tercer objetivo específico, se contrastaron los resultados de las escalas que dan cuenta del efecto, la información obtenida acerca de los efectos percibidos en la entrevista final de cambio y las categorías resultantes del análisis de los episodios de las sesiones acerca de los procesos de cambio asociados a la experiencia de contacto.

#### ***5.4.2. Selección y Análisis de Episodios de las Sesiones de Psicoterapia Grabadas***

Para esta investigación, se grabaron en vídeo siete sesiones intermedias de la terapia (entre la tercera y la novena) con el objetivo de contar con un registro exacto y fidedigno de los sucesos acontecidos en los episodios claves para análisis, los cuales correspondieron a aquellos en los que

---

se presentaba alto nivel de experiencia. El registro en video y las correspondientes transcripciones de las sesiones terapéuticas fueron ordenados en carpetas y las sesiones numeradas consecutivamente.

El nivel de experiencia se midió a través de la Escala de la Experiencia (EXP Scale) que relaciona siete estadios de la experiencia, siendo el uno el nivel más bajo y el siete el máximo nivel de contacto con la experiencia (Klein et al., 1969). De esta manera, los episodios señalados con un alto nivel de experiencia, en este caso los niveles 5, 6 y 7, fueron seleccionados para el análisis de los procesos de cambio.

### ***5.4.3. Instrumentos de Evaluación***

Las pruebas psicométricas que se aplicaron para obtener medidas de indicadores de salud mental fueron elegidas tomando en cuenta tanto una perspectiva tradicional psicopatológica como de salud mental positiva. Para evaluar manifestaciones psicopatológicas se aplicó el Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y, para evaluar dimensiones asociadas a la salud mental positiva y a la funcionalidad, se aplicaron la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y el Cuestionario de Salud General (GHQ-12). Por otra parte, para la selección de los episodios claves de experiencia durante las sesiones se utilizó la EXP Scale que se mencionó previamente y, para la valoración de los procesos de cambio y efectos percibidos, una Entrevista Final de Cambio, aplicada la consultante y al terapeuta. A continuación, se describirá de manera más detallada cada una de estos instrumentos.

**Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER)** Ritterband y Spielberger (1996) en su versión original, en este caso aplicado en su adaptación española Spielberger, Buela-Casal y Agudelo (2008). Este inventario evalúa el grado de afectación (estado) y la frecuencia de ocurrencia (rasgo) del componente afectivo de la depresión. La prueba está conformada por 20 ítems, 10 para evaluar Rasgo y 10 para evaluar Estado. Cada grupo de 10 ítems está distribuido así: 5 ítems para evaluar distimia (presencia de afectividad negativa) y 5 ítems para evaluar eutimia (ausencia de afectividad positiva). Las respuestas a las afirmaciones de las subescalas se realizan mediante una escala tipo Likert que va desde 1 (Nada) a 4 (Mucho). Para la obtención de la Puntuación Total de Rasgo, deben sumarse las puntuaciones directas de los ítems de la subescala

---

Rasgo/Distimia (ítems 2,6,7,8 y 9) y las puntuaciones inversas de los ítems de la subescala Rasgo/Eutimia (ítems 1,3,4,5 y 10). Para la obtención de la Puntuación Total de Estado, deben sumarse las puntuaciones directas de los ítems de la subescala Estado/Distimia(ítems 2,3,5,6 y 8) y las puntuaciones inversas de los ítems de la subescala Estado/Eutimia (ítems 1,4,7,9 y 10). En cuanto a las garantías psicométricas del instrumento con muestras colombianas (Agudelo et al., 2014), con relación a la Escala de Estado, los valores de consistencia interna, mediante la aplicación del alfa de Cronbach son altos: 0.87 para la subescala de Distimia y 0.90 para la subescala de Eutimia. De la misma manera, para la Escala de Rasgo, se presenta un alfa de 0.79 para la subescala de Distimia y de 0.80 para la subescala de Eutimia.

**Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI).** Creado inicialmente por Spielberger et al. (1999) y adaptado al español por Buela et al. (2015), el cual ha sido el utilizado en el presente estudio. Cabe añadir que los datos de la población colombiana usados en la presente investigación se toman de los estudios de Agudelo et al. (2008). Este cuestionario consta de dos escalas, con 20 preguntas cada una. La primera, Ansiedad-Estado (A/E), evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda, Ansiedad-Rasgo (A/R), señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Las respuestas a las afirmaciones de las dos subescalas se realizan mediante una escala tipo Likert que va desde 0 (Nada, Casi Nunca) a 3 (Mucho, Casi Siempre). La puntuación directa se calcula de manera independiente para cada escala, teniendo en cuenta que existen ítems invertidos en cada una de ellas. Los ítems invertidos para la subescala A/E son: 1,2,5,8,10,11,15,16,19 y 20, mientras que para la subescala A/R, los ítems invertidos son: 21,26,27,30,33,36 y 39. En cuanto a las garantías psicométricas del instrumento, según los propios autores, posee una buena consistencia interna que oscila entre 0.90 y 0.93 para la escala de estado, y entre 0.84 y 0.87 para la escala de rasgo.

**Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989).** En esta ocasión el instrumento ha sido aplicado en su versión española (Díaz, et al. 2006). En esta escala, bajo la concepción de bienestar eudaimónico, se sugiere un modelo multidimensional del bienestar psicológico, compuesto por seis dimensiones agrupadas en un total de 39 ítems: Escala de Autoaceptación (ítems 1, 7, 19 y 31) Escala de Relaciones Positivas con los otros (2, 8, 14, 26 y 32), Escala de Autonomía (3, 4, 9, 15,

---

21 y 27), Escala de Dominio del Entorno (5, 11, 16, 22 y 39), Escala de Propósito en la vida (6, 12, 17, 18 y 23) y Escala de Crecimiento Personal (24, 36, 37 y 38). En este instrumento, los participantes responden utilizando un formato de respuesta tipo Likert con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo), para un total de 234 puntos como máximo. Puntuaciones mayores de 176 en el total señalan un nivel de bienestar psicológico elevado; entre 141 y 175 un nivel alto; entre 117 y 140 puntos un nivel moderado; e inferiores a 116 puntos, un nivel bajo. La totalidad de las dimensiones, a excepción de la de Crecimiento Personal cuya consistencia es solo aceptable ( $\alpha = 0,68$ ), muestran una consistencia interna buena, con valores comprendidos entre 0,71 y 0,83. En Colombia, Pineda et al. (2017), por su parte, realizaron un estudio psicométrico sobre la escala en adultos jóvenes colombianos en el que la validez de constructo fue evaluada por medio del análisis factorial confirmatorio (AFC), el cual arrojó índices de ajuste similares tanto con seis dimensiones ( $X^2 = 1649.40$ ,  $gl = 362$ ,  $p = 0.00$ ;  $CFI = 0.95$ ;  $AGFI = 0.95$ ;  $RMSEA = 0.066$ ,  $IC90\%$ ,  $0.062 - 0.069$ ;  $SRMR = 0.077$ ) como con seis dimensiones y un factor de segundo orden, denominado bienestar. La confiabilidad mediante el estadístico Omega de McDonald ( $\Omega$ ), el cual obtuvo valores entre 0.60 y 0.84, considerándose estos valores altos en cuanto a la confiabilidad.

**Cuestionario de Salud General (GHQ-12).** Construido inicialmente por Goldberg (1978) y adaptado al español por Brabete (2014). Este cuestionario evalúa la salud mental autopercebida por el paciente, y ha demostrado ser una herramienta efectiva para la valoración de la salud mental en población general y en población clínica, siendo uno de los instrumentos de tamizaje validado más utilizado en todo el mundo, ya que es capaz de identificar la comorbilidad psicológica de los problemas de salud. Villa et al. (2013), analizaron las propiedades psicométricas de dicho instrumento en el Hospital General de Medellín, llevando a cabo un análisis de consistencia interna utilizando el coeficiente Alpha de Cronbach, el cual mostró una buena consistencia interna (.84). Además, se encontró que la estructura factorial explicaba el 51.768% de la varianza en un análisis factorial confirmatorio para dos factores. Así, el instrumento consta doce ítems, siendo seis de ellos positivos y seis negativos, y se contesta a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos comprendidos entre 0 (más que lo habitual) y 3 (menos que lo habitual). Esta escala permite distinguir dos subdimensiones: bienestar psicológico, en sus ítems 1, 2, 5, 7, 9 y 12; y funcionamiento social y afrontamiento, los ítems 3, 4, 6, 8, 10 y 11. En esta versión, con un valor

medio de 13.23 se considera que puntuaciones entre 10 y 16 pueden ser considerados como normales; los puntajes por encima de 16 se consideran altos en términos de deterioro de la salud mental, mientras aquellos por debajo de 10 pueden ser considerados como bajos en cuanto al deterioro de la salud mental.

**EXP Scale.** Creada por Klein et al. (1969). Es una escala que mide el nivel de experiencia en siete estadios en los el que 1 es el nivel más bajo de experiencia y 7 el más alto. Es utilizada para inferir la profundidad de autoexploración y participación del cliente en la sesión con sus sentimientos. Se aplica en la observación de las propias verbalizaciones del cliente evidenciadas en segmentos de la terapia registrados en vídeo u audio y/o transcripciones de segmentos extraídos de entrevistas de terapia. A continuación, se expondrá brevemente cada estadio de la EXP Scale y su definición, a partir de la descripción de sus autores (Ver Tabla 2):

**Tabla 2**

*Estadios de la EXP Scale*

Estadio	Descripción
EXP 1	La principal característica de esta etapa es que el contenido o la forma de expresión es impersonal. En algunos casos, el contenido es intrínsecamente impersonal, ya que es un relato muy abstracto, general, superficial o periodístico de eventos o ideas sin un referente personal establecido. El orador cuenta una historia, describe a otras personas o eventos en los que no está involucrado, o presenta un recuento de ideas generalizado.
EXP 2	La asociación entre el hablante y el contenido es explícita. O el orador es el personaje central en la narrativa o su interés es claro. Sin embargo, la participación del orador no va más allá de la situación o el contenido específico. Todos los comentarios, asociaciones, reacciones y comentarios sirven para transmitir la historia o idea, pero no se refieren o definen los sentimientos del hablante.
EXP 3	El contenido es una narración o una descripción del hablante en términos externos o de comportamiento con comentarios adicionales sobre sus sentimientos o experiencias

---

privadas. Estas observaciones se limitan a los eventos o situaciones descritas, dando un toque personal a la narrativa sin describir al orador de manera más general.

EXP 4 El contenido es una presentación clara de los sentimientos del orador, dando su perspectiva personal e interna o sentimientos acerca de sí mismo. Los sentimientos o la experiencia de los eventos, en lugar de los eventos en sí, son el tema del discurso. Al atender y presentar esta experiencia, el orador comunica cómo es ser él. Estas vistas interiores se presentan, enumeran o describen, pero no están interrelacionadas ni se utilizan como base para un autoexamen o formulación sistemática.

EXP 5 El contenido es una exploración intencional de los sentimientos y experiencias del hablante. El hablante debe plantear o definir un problema o una proposición sobre sí mismo explícitamente en términos de sentimientos y explorar o trabajar el problema de una manera personal.

EXP 6 Este estadio se corresponde con el proceso sintético de estructuración que conduce a una experiencia interna nueva y personalmente significativa o que resuelve un problema como resultado de trabajar con sus propias emociones y sentimientos.

En este estadio se expresan los sentimientos de manera vívida, integrativamente, y a modo de conclusión y/o afirmación.

EXP 7 El contenido revela la creciente conciencia del hablante de sus sentimientos y procesos internos inmediatamente presentes. Demuestra claramente que puede pasar de una referencia interna a otra, alterando y modificando sus concepciones de sí mismo, sus sentimientos, sus reacciones privadas a sus pensamientos o acciones en términos de sus matices inmediatamente como ocurren. El hablante usa diferentes formulaciones sobre sí mismo que cumplen los requisitos del estadio 6 y las integra o relaciona mediante una formulación más general que se aplica a varios eventos internos o den lugar a nuevos conocimientos.

---

*Nota:* Resumido de EXP Scale (Klein et al., 1969)



---

**Entrevista Final de Cambio.** En aras de poder completar la información sobre el proceso de cambio de la consultante y los efectos percibidos de la terapia por parte de la misma, al finalizar las intervenciones se realizó una entrevista final tanto a la consultante como al terapeuta, ya que según establece Elliot (2010), este ejercicio también constituye un prometedor nuevo desarrollo dentro de este enfoque. Así, según Elliot:

Cada cliente es entrevistado durante 30 a 90 minutos utilizando un sencillo programa de entrevistas de cuatro a ocho preguntas abiertas. A los clientes simplemente se les puede preguntar qué encontraron útil, útil o importante, o, habiendo descrito cómo han cambiado a lo largo del curso de la terapia hasta la fecha, se les puede preguntar a qué atribuyen estos cambios” (2010, p.126).

Así, para este ejercicio la entrevista aplicada está inicialmente basada en la Entrevista de cambio (Elliott et al., 2001), la cual se cambia y adapta a los objetivos de la presente investigación, sobre todo en relación con la indagación acerca vivencia de la experiencia de contacto en psicoterapia.

En resumen, la entrevista comienza con una serie de preguntas básicas centradas en el presente para después preguntar abiertamente sobre los cambios percibidos tras el proceso terapéutico. Después, se pide relatar de manera específica los cambios que ha vivido a nivel cognitivo, comportamental y emocional. Tras esto, se pide enumerar dichos cambios y valorarlos en función de su esperabilidad, de la probabilidad de su ocurrencia sin terapia y su importancia. Después, hay una serie de preguntas sobre el proceso de cambio y sobre lo que le resultó útil o fue importante, para después pasar a preguntar sobre la relación terapéutica. Para seguir, hay algunas preguntas sobre los aspectos problemáticos y por último, las sugerencias. Ambas versiones de la Entrevista de Cambio, de la consultante y del terapeuta, pueden revisarse en los Anexos 4 y 5.

## **5.5. Análisis de los Resultados**

En cuanto a la organización de los datos, toda la información se compiló en un archivo Excel en un computador con clave al que solamente la investigadora principal tuvo acceso.

---

Sobre la estrategia de análisis, el proceso de cambio en psicoterapia asociado a la experiencia de contacto, se analizó bajo los métodos de investigación cualitativa, con lo que “nos referimos, no a la cuantificación de los datos cualitativos, sino al proceso no matemático de interpretación, realizado con el propósito de descubrir conceptos y relaciones en los datos brutos y luego organizarlos en un esquema explicativo teórico” (Strauss y Corbin, 2002, p.20).

En el ámbito de la investigación cualitativa, la investigación se enmarca en la “investigación orientada al descubrimiento” (Krause, 2005), que se basa en la propuesta del método de la teoría fundamentada, de la cual se puede afirmar que “la característica primordial es la fundamentación de conceptos en los datos” (Strauss y Corbin, 2002, p.22). Así, la “investigación orientada al descubrimiento utiliza los métodos de la teoría fundamentada orientada al campo de la psicoterapia. De esta forma, lo que se pretendió llevar a cabo con este método, son descripciones del fenómeno que permitan su interpretación hasta el punto de poder elaborar teoría con base en los mismos datos.

Para ello, se utilizó la ordenación conceptual, la cual “se refiere a la organización de los datos en categorías (o a veces, clasificaciones) discretas, según sus propiedades y dimensiones y luego al uso de la descripción para dilucidar estas categorías” (Strauss y Corbin, 2002, p.29). El principal objetivo aquí es el de teorizar sobre los procesos de cambio asociados a la experiencia de contacto, entendiendo teorizar como “el acto de construir (...), a partir de datos, un esquema explicativo que de manera sistemática integre varios conceptos por medio de oraciones que indiquen las relaciones (Strauss y Corbin, 2002, p.36).

En cuanto al análisis cuantitativo del efecto de la experiencia de contacto en psicoterapia, se llevó a cabo a través del análisis comparativo, en concreto de la estabilidad de la línea base y de la evaluación del patrón global de los datos (Ato, 2015) Además, en cuanto al análisis estadístico de los datos se llevó a cabo un pre-post de los datos.

## **5.6. Consideraciones Éticas y Legales**

Este proyecto cumple con las disposiciones contempladas en la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y específicamente las

---

establecidas en el Título II (De la investigación en seres humanos), Capítulo 1 (De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos). Algunas de estas disposiciones son:

**Artículo 5.** En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

**Artículo 6.** La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos).
- c) Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- d) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

**Artículo 8.** En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

**Artículo 11. Investigación con riesgo mínimo.** Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulara la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este

---

Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución.

Además, asumiendo que este estudio incluye la intervención psicoterapéutica dirigida los sujetos participantes, se tuvo como guía la Ley 1090 del 2006, por medio de la cual se reglamenta el Código Deontológico y Bioético de la profesión de Psicología en Colombia (República de Colombia, 2006), expresamente en el Capítulo VII donde se establecen las consideraciones respecto de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, teniendo por principio la responsabilidad del investigador sobre el tema de estudio, el diseño y los procedimientos empleados en la misma.

Con base en este marco se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos éticos:

***Selección equitativa de los sujetos.*** La selección de los participantes se hará por razones relacionadas con la finalidad de la investigación y se elegirán aquellos participantes que potencialmente puedan beneficiarse de los resultados del estudio. En ningún momento se tomaron en cuenta criterios como raza, sexo, religión o género, ni cualquier otra categoría que resultara discriminatoria.

***Proporción favorable del riesgo-beneficio.*** Si bien la investigación con seres humanos puede implicar riesgos y beneficios, cuya proporción, por lo menos al principio puede ser incierta, se justifica la investigación cuando: a) los riesgos potenciales a los sujetos individuales se minimizan; b) los beneficios potenciales a los sujetos individuales y a la sociedad se maximizan; c) los beneficios potenciales son proporcionales o exceden a los riesgos. El concepto de “proporcionalidad” es metafórico. Las personas habitualmente comparan los riesgos y beneficios por sí mismas para decidir si uno excede al otro. Esta consideración incorpora los principios de no-maleficencia y beneficencia por largo tiempo reconocidos como los principios fundamentales en la investigación clínica. Además, se contactaron psicoterapeutas cualificados para prestar un servicio de calidad en favor de los participantes del estudio.

***Respeto a los sujetos inscritos.*** El presente estudio contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos de seres humanos y, en su propuesta, prevalece el criterio de respeto a la dignidad de los/las participantes así como la protección de sus derechos lo que implica: a) permitir que el sujeto cambie de opinión, a decidir que la investigación no concuerda con sus intereses o conveniencias, y a retirarse sin sanción de ningún tipo; b) la reserva en el manejo de la

---

información respetada con reglas explícitas de confidencialidad; c) en reconocimiento a la contribución de los sujetos, es decir, la planeación de actividades para la devolución de los resultados que en este caso será llevada a cabo por la investigadora principal. En cuanto a los resultados del estudio, se acordará una presentación técnica de los resultados a la institución que permitió el desarrollo del proyecto, cuidando siempre el criterio de confidencialidad y anonimato de los participantes.

***Información hacia los participantes:*** La investigación puede ser clasificada como de Riesgo Mínimo, lo cual fue comunicado a los/las participantes de manera previa a iniciar la aplicación de las pruebas de evaluación. Así mismo, se les informaba acerca de los datos de identificación de los investigadores; sobre la justificación, objetivos, procedimientos y propósitos de la investigación, así como de la garantía de recibir respuesta a sus preguntas y la no obtención de perjuicio ninguno si decidía retirarse de la investigación en cualquier momento o prefería tomar un descanso durante el proceso de evaluación.

***Confidencialidad de la información.*** Este aspecto tiene en cuenta los acuerdos sobre la protección de la información recogida garantizando la intimidad y anonimato de los participantes. Así se dejó explícito en el consentimiento informado para la consultante y el terapeuta (Anexos 1 y 2), enfatizando que las grabaciones en audio y video serían tratadas con total reserva, y utilizada sólo por el equipo de investigación definido para esta investigación. También se dejó claro que la información no sería publicada en su versión original ni en forma alguna que permitiera la identificación de los participantes. Por otro lado, también se utiliza un compromiso de confidencialidad de los transcriptores, bajo el que los posibles transcriptores se comprometen a guardar confidencialidad sobre la información manejada (Anexo 3).

***Consentimiento informado.*** De acuerdo con la resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud, se hizo uso del consentimiento como documento regulador de las anteriores consideraciones éticas (Anexos 1 y 2). Para cada uno de los participantes, se destinó un encuentro individual en el que se leyó y explicó los aspectos generales del estudio en lo referente a la identificación de la persona, grupo o institución a cargo del estudio, la finalidad del mismo, las estrategias de recolección de datos y la claridad sobre el anonimato y el tratamiento de los datos.

---

## 6 Hallazgos

En este apartado se presentan los hallazgos relativos a los procesos de cambio y a los efectos, percibidos y cuantificados mediante indicadores, que se asocian asociados a la experiencia de contacto en el proceso terapéutico analizado. Previamente al abordaje de los procesos de cambio y sus efectos, se presentará la evaluación de los niveles de experiencia en cada una de las sesiones terapéuticas, medidos mediante la EXP Scale (Klein et al., 1969).

En cuanto a hallazgos obtenidos respecto a los procesos de cambio, se darán a conocer las categorías emergentes del análisis cualitativo de las propias sesiones de psicoterapia y su evolución a lo largo del proceso psicoterapéutico. Para este análisis, se tomaron los segmentos de las sesiones con un nivel de experiencia emocional alta (nivel 5,6, y 7) según la EXP Scale (Klein et al., 1969) y, teniendo en cuenta estos episodios de sucesos terapéuticos, se conformaron las categorías acerca de los procesos de cambio que emergieron de los propios diálogos de la consultante y el terapeuta durante las sesiones. Adicionalmente, para la conformación de estas categorías, se incluyeron en el análisis los contenidos de las entrevistas finales sobre la percepción del cambio, que se desarrollaron con la consultante y el terapeuta.

Respecto a los efectos terapéuticos, se expondrán los resultados obtenidos por la consultante, tras comparar las puntuaciones pre-post intervención en las pruebas psicométricas aplicadas (IDER, STAI, Escala de Ryff y GHQ-12), así como las categorías sobre la percepción de los efectos del proceso psicoterapéutico que emergen de las respuestas proporcionadas por la consultante y el terapeuta en la entrevista final de cambio. También se expondrá la correspondencia entre los efectos observados en el análisis de las pruebas aplicadas y los efectos percibidos por la participante del estudio y el terapeuta.

Finalmente, en esta apartado se expondrán las relaciones derivadas del análisis de correspondencia entre los procesos de cambio hallados en la investigación con los efectos terapéuticos, atendiendo a su vez a un análisis de convergencia-divergencia entre las respuestas de la consultante y el terapeuta. En este ámbito, se añadirá la exposición de información aportada por la consultante y el terapeuta en la entrevista final acerca de factores que parecen modular los procesos de cambio.

### 6.1. Niveles de Experiencia

Para confirmar que la consultante alcanzaba niveles de experiencia lo suficientemente altos como para implicar procesos de cambio asociados a la experiencia de contacto, se presentan a continuación en la Tabla 3 los datos obtenidos de la EXP Scale en sus diferentes niveles a lo largo de las diferentes sesiones. Estos datos corresponden al proceso comprendido entre la tercera y novena sesión de psicoterapia, las cuales fueron las seleccionadas para el análisis en esta investigación (Ver Tabla 3):

**Tabla 3**

*Frecuencia de los Niveles EXP Scale desde la Tercera hasta la Novena Sesión.*

Nivel EXP	Sesión							Suma
	3	4	5	6	7	8	9	
EXP 1	1	0	3	5	1	0	0	10
EXP 2	1	2	0	1	2	3	1	10
EXP 3	0	1	2	0	4	4	0	11
EXP 4	4	1	5	8	2	2	1	23
EXP 5	3	2	3	1	1	3	1	14
EXP 6	2	1	1	0	0	2	0	6
EXP 7	0	3	1	2	3	2	2	13
Suma	11	10	15	17	13	16	5	78

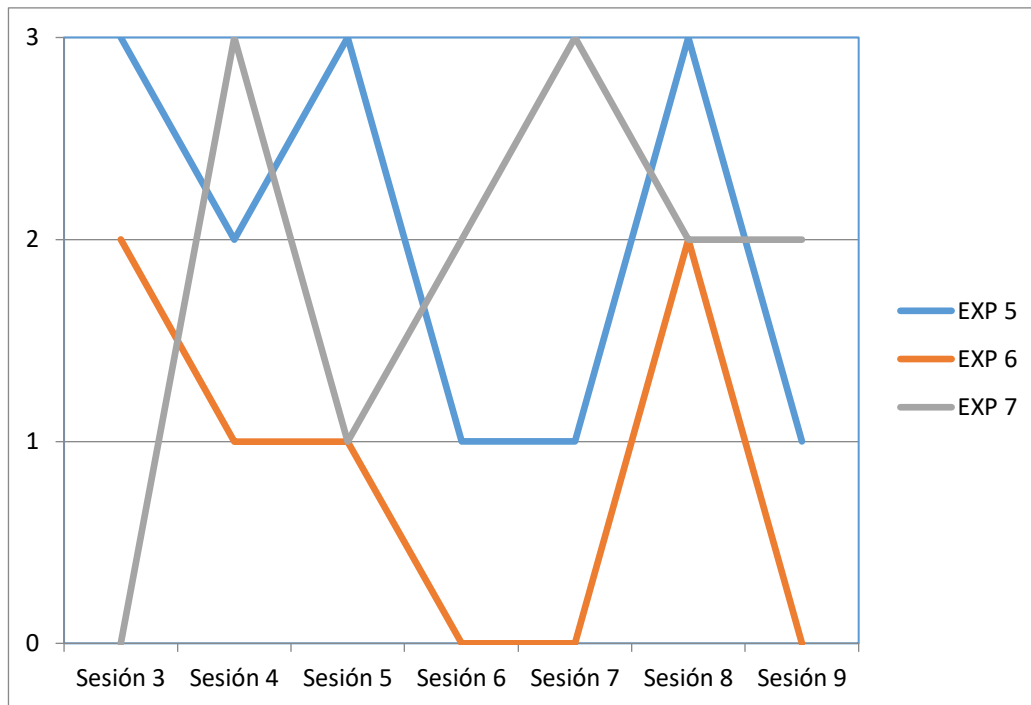
Como se puede observar en la Tabla 3, en función de la sesión se observan diferentes niveles de experiencia en la EXP Scale, sin tender éstos necesariamente a aumentar o disminuir. También se puede apreciar que en todas las sesiones analizadas existen fragmentos que alcanzan los niveles 5, 6 y 7 en la EXP Scale, con una media de 4,71 fragmentos de este tipo por sesión.

A continuación, se presentarán gráficamente (Ver Figura 1) los resultados obtenidos en la EXP Scale desde la tercera a la novena sesión en los niveles 5, 6 y 7, por ser aquellos que se tomaron el análisis de los procesos de cambio. Concretamente hay 33 segmentos en un estadio de

experiencia 7 (14 segmentos con un nivel de experiencia 5, seis segmentos con un nivel de experiencia 6 y 13 segmentos con un nivel de experiencia 7), lo que implica que se alcanzaron de manera suficiente los niveles más altos de experiencia, incluyendo el nivel 7.

**Figura 2**

*Frecuencia de Episodios con Estadios EXP Scale 5, 6 y 7 de la Tercera a la Novena Sesión*



Como se puede observar, ninguno de los estadios altos del EXP muestra una tendencia a aumentar a lo largo de las sesiones sino que, en función de cada sesión y lo trabajado en las mismas, los niveles de experiencia alcanzados son diferentes. En cambio, sí se puede afirmar que existen las condiciones necesarias y suficientes para el análisis requerido en el estudio, ya que hay varios segmentos de la terapia con niveles de experiencia altos.

A continuación se expondrá lo hallado en cada una de las sesiones analizadas en los fragmentos seleccionados para el análisis, es decir, en los estadios 5, 6 y 7, según la definición que Klein et al. (1969) proponen sobre los estadios de la EXP Scale.

El estadio de experiencia 5, según Klein et al. (1969) hace referencia a la exploración intencional de los sentimientos y experiencias de la consultante, en la que ella plantea o define un



---

problema y una hipótesis o proposición sobre sí misma. Sobre el mismo, se encuentra en los diálogos que el relato más común, que además describe el propio estadio, es la *exploración y elaboración interna del problema*. Este estadio se alcanza a lo largo de toda la terapia un total de 14 veces, de hecho con una frecuencia parecida a lo largo de las sesiones y una media de dos veces por sesión.

Específicamente, este estadio tiene un tinte exploratorio y elaborativo, por ejemplo, un fragmento representativo de este estadio se muestra a continuación:

T: ¿En este momento, no estás haciendo suficiente por ti?

P: No creo (golpea la alfombra)

T: ¿Por qué? ¿Qué te hace pensar que no?

P: Soy muy mediocre. (Golpea la alfombra)

T: ¿Qué te hace pensar que eres mediocre?

P: No sé... Yo, y lo que me digo a mi misma. (ríe)

T: ¿Qué te dices a ti misma para reafirmar que eres mediocre?

P: (Cruza los brazos sobre el cojín) Muchas cosas... ay no. (Juguetea con la alfombra y baja la mirada)

T: ¿Cómo cuáles?

P: Como “parce” es que no lo estás dando todo, porque me siento mal. (Mira al terapeuta)  
Es que yo creo que cuando me siento mal me empiezo a decir como es que no lo estás dando todo, por qué te estás sintiendo así, no puedes. (Amplía su expresión con los brazos)

T: ajá...

P: Creo que me presiono mucho

Para claridad del lector, de ahora en adelante, en la presentación de los fragmentos se usará “T” para hacer referencia al terapeuta, “P” para la paciente e “I” para la investigadora principal del estudio.

En el siguiente fragmento, se presenta otro ejemplo del caso de la consultante en este estadio:

T: ¿Cómo te sientes en este momento?

P: Mmm no sé, un poquito aburrida (mira al terapeuta y gira su cabeza hacia la derecha)

T: Eso, háblame del aburrimiento que aparece con la no sonrisa

P: Ah no (coge un cojín y se lo pone entre las piernas), así es como que no estoy disfrutando el momento (gira la cabeza), pues, o sí, puedo estar hablando, puedo estar haciendo cualquier otra cosa (baja la mirada), pero cuando estoy así completamente quieta y mirando (dirige su mirada al terapeuta), siento que no está pasando nada, entonces me aburro.

T: ¿Y para que pase algo que necesitas?

P: Hacer cosas

T: ¿Cómo cuáles?

P: No sé, ocuparme, divertirme, sonreír.

T: Ocuparte y reírte, y buscar la sonrisa.

P: Asiente

Sobre el estadio de experiencia 6, se alcanza seis veces en todo el proceso. Este estadio, según Klein et al. (1969) se corresponde con el proceso sintético de estructuración que conduce a una experiencia interna nueva y personalmente significativa o que resuelve un problema como resultado de trabajar con sus propias emociones y sentimientos. En este estadio se expresan los sentimientos de manera vívida, integrativa, y a modo de conclusión y/o afirmación. Sobre los eventos significativos que lo describen, se encuentra en la consultante la *comunicación de impacto de lo experiencial*, la *elaboración de hipótesis acerca de su funcionamiento interno* y las *conclusiones sobre su funcionamiento interno*. Por ejemplo, sobre la *comunicación de impacto de lo experiencial*, encontramos fragmentos en los que relata qué impacto han tenido para ella las experiencias creadas en terapia, por ejemplo la técnica experiencial a través de la que se trabajó a través de una máscara cómo se muestra externamente, casi siempre con un buen estado de ánimo, mientras que a nivel interno sucede lo contrario:

T: ¿Qué era esto?

P: Era una máscara de lo que era... o sea, de lo que quería mostrar y de lo que sentía. (Mirando al terapeuta y ampliando su expresión con las manos, se toca el pecho al decir sentía)

T: ¿Esto es así? ¿O ya esto ha cambiado?

P: Creo que ya ha cambiado. (Con la cara sobre las manos y mirando al terapeuta)

T: ¿Sí? ¿En qué? Quiero que lo tomes (le entrega la máscara)

P: Yo creo que lo que ha cambiado es... hay una sola, pues ya todo cabría en el mismo lugar. (Mirando la máscara mientras la sujeta)

T: Ajá...Entonces háblame de la descripción de esa zona, porque ahí hay una dualidad, hay dos caras.

P: (Silencio, asiente)

T: Frente a estas dos caras, ¿qué ha empezado a aparecer?

P: Ha empezado a aparecer que... En realidad no es que sea una mala persona, que por ejemplo estar desorientado no es malo, que sentirse inseguro no es malo, que es algo que está, y ya, pero que también soy esto (le da la vuelta a la máscara), pues que todo eso soy yo, en realidad, que no hay que reprimirse. (Mirando la máscara mientras la sujeta)

T: ¿Podemos hablar entonces de una especie de integración?

P: Si... (Mirando la máscara mientras la sujeta)

T: ¿Y una integración de qué?

P: De sentimientos, de formas de sentirse, o formas de ser. (Mirando al terapeuta mientras sujeta la máscara).

Sobre la *elaboración de hipótesis acerca de su funcionamiento interno*, se considera cuando la consultante realiza proposiciones o hipótesis en las mismas sesiones sobre su experiencia y funcionamiento internos, un ejemplo de ello es:

T: ¿Y qué pasa ahora que escuchas la verdad?

P: Lo asimilo, lo niego (acompaña sus gestos con las manos ríe) y después lo acepto, pero toma tiempo (baja la mirada)

T: Lo asimilo, lo niego y después lo acepto.

---

P: No no no, un momento, primero es la negación. (mira al terapeuta)

Las *conclusiones acerca de su funcionamiento interno* hacen referencia al resultado del trabajo y análisis de esas hipótesis e ideas sobre sí misma y la formulación de ideas a modo de conclusión, ejemplo de ello:

T: Y con tus relaciones, y con todo, entonces, ¿si ves? ¿Qué es lo que se va repitiendo a lo largo del tiempo en la forma de vincularse?

P: Que cumplo las expectativas.

T: ¿Que qué?

P: Que me esfuerzo al máximo por cumplir las expectativas. (Mira al terapeuta)

T: Que te esfuerzas al máximo por cumplir las expectativas, ¿de quien?

P: De la gente que me importa. (Mirada baja y juega con la alfombra)

T: De la gente... ¿Y qué pasa contigo?

P: Lo mismo

T: ¿Qué es lo mismo?

P: Nada... (Mirada baja y juega con la alfombra)

T: No, si pasa.

P: Me escondo, cambio. (Golpea la alfombra)

En el estadio de experiencia 7, según Klein et al. (1969), el contenido revela la creciente conciencia del hablante de sus sentimientos y procesos internos inmediatamente presentes, y es el mayor nivel de experiencia en la EXP Scale. Éste ocurre un total de 13 veces en todo el proceso y consiste en una presentación completa e integrada sobre sus concepciones acerca de sí misma. Los relatos que se hallan en los diálogos en las sesiones en este estadio en este caso particular son: la *integración de funcionamiento interno en relación al problema, la formulación sobre sí misma integrada y más general, y la reintegración de soluciones y problemas.*

Respecto a la *integración del funcionamiento interno en relación al problema*, hace referencia a aquellos relatos en los que la consultante comienza con un problema anclado

internamente, lo explora y llega a una conclusión que luego se aplica a una serie de otros problemas, por ejemplo:

P: Yo siento que puedo sola. (Mirando al terapeuta, postura erguida, pausas en cada palabra)

T: ¿Con qué?

P: Con mis emociones, puedo lidiar con ellas. (Mirando al terapeuta, postura erguida)

T: ¿Cómo es para ti decir eso?

P: Raro, porque a veces hay que inmiscuir a otros, pues, siento. (Mirando al terapeuta, postura erguida) Por eso es que no triunfo en las relaciones... ¡No! (Ríe, mira hacia arriba y se toca la cara)

T: ¿Por eso es que qué?

P: Que no triunfo en las relaciones, por eso siempre me voy también (ríe)

Respecto a la *formulación sobre sí misma integrada y más general*, se refiere a cuando la consultante usa diferentes formulaciones sobre sí misma que cumplen los requisitos del estadio 6 y las integra o relaciona mediante una formulación más básica o general, como ejemplo:

T: ¿Y cómo eres tú?

P: Como un humano (Amplía expresión con las manos)

T: ¿Y cómo son los humanos?

P: Imperfectos. (Amplía expresión con las manos)

T: ¿Y qué vas a hacer con ese ideal de perfección? ¿Ideal de saber lo que piensa o siente el otro?

P: Es que igual eso no se va a ir... yo creo que es cosa como de aprender a vivir con eso.

T: ¿Con qué?

P: Con el ideal de perfección, no dándole como tanta importancia, ¿me entiendes? (Mira al terapeuta y encoge sus hombros) Como no hacer que eso sea lo absoluto en la vida de uno, porque eso le hace mucho daño a las personas. (Amplía su expresión con las manos, mira al terapeuta, manos en reposo)

T: ¿A quién?

P: A mí (Se señala)

T: Pero eso suena muy bonito y muy romántico desde la palabra cuando lo dices aquí de forma consciente pero... ¿En la vida cotidiana qué?

P: Yo me doy cuenta, o sea, lo que pasa ahora es que me doy cuenta de lo que está pasando. Entonces pues yo sé que no se va a ir el problema que tengo que no me permite como... Estar tranquila. Sé que eso no se va a ir entonces la cosa... Lo que me ha ayudado es como darme cuenta: Parece pues estás actuando de esta manera (Ríe). Y ya. (Amplía su expresión con las manos y mira al terapeuta)

T: Ajá

P: Prefiero estar como sintiéndolo, igual es muy difícil y agotador (baja la mirada), cansa mucho. (Mira al terapeuta)

Acerca de la *integración de soluciones y problemas* se refiere a cuando la consultante llega a integrar varias soluciones con un solo problema, o, por el contrario, una solución con varios problemas:

T: En este momento me vas a decir cómo te sientes una vez que sales o te quitas todo ese manto oscuro, ¿cómo es para ti mostrarte en esta relación mucho más genuina y real?

P: Yo me siento menos ansiosa. Me siento más tranquila, más capaz, sobre todo. (Mirando al terapeuta y juguetea con el cojín)

T: ¿Más capaz de qué?

P: De hacerlo (Mirando al terapeuta y juguetea con el cojín).

T: Ajá

P: Sin la necesidad de la compañía de otro, o sin la necesidad como de la aprobación de los otros, no sé. Uaaaa! (Grita y ríe)

U otro ejemplo:

T: Entonces, veo un cambio drástico durante esta semana. ¿A qué se lo atribuyes?

P: Al movimiento. (Mirando al terapeuta)

T: Al movimiento...

P: Me he sentido capaz de hacer cosas y de enfocarme como en el problema, como de no sentirme mal, como bueno, entonces vas a tomar una decisión, te vas a seguir sintiendo mal o vas a cambiar, entonces fue como bueno ya. Y ha sido difícil porque a veces me nublo y me siento como mal, como que no soy capaz, pero me empiezo a mover y a hacer cositas y ya. (Mirando al terapeuta y ampliando su expresión con las manos).

Sobre la aplicación de a EXP Scale, la consultante presentó experiencias emocionales de todos los niveles en la misma escala y, en resumen, en el estadio 5, los relatos más significativos y definitorios del propio estadio fueron acerca de la *exploración y elaboración interna del problema*; en el estadio 6, por su parte los relatos significativos hallados fueron acerca de la *comunicación de impacto de lo experiencial, la elaboración de hipótesis acerca de su funcionamiento interno y las conclusiones sobre su funcionamiento interno* y, por último, en el estadio 7, los relatos más significativos fueron acerca de *integración de funcionamiento interno en relación al problema, la formulación sobre sí misma integrada y más general y la reintegración soluciones y problemas*.

## 6.2. Técnicas Experienciales y Nivel de Experiencia

En este apartado se describirán los experimentos o técnicas experienciales y se expondrá la asociación entre las técnicas experienciales propuestas y el estadio de la EXP Scale que se alcanzaba en el mismo fragmento de la sesión.

De esta forma, en el total del proceso analizado se dan nueve experimentos propuestos por el terapeuta, y en los nueve el estadio alcanzado en la EXP Scale cambia a lo largo de la aplicación del experimento. Así, durante la tercera sesión tienen lugar dos técnicas experienciales o experimentos, la primera se trata de exagerar la risa, lo que supone una técnica de “amplificación” (Ginger, 1993), estrategia que la consultante usa para distraerse, y la segunda se trata de “esconderse” y experimentar cómo es permanecer escondida y lo que supone relacionarse desde ese lugar. Con exagerar la risa, nos referimos a un momento durante la sesión, que, ante la incongruencia entre el lenguaje verbal y no verbal de la consultante (está hablando de un aspecto negativo de sí mientras se ríe), el terapeuta le pide específicamente que exagere la risa y se ría más

fuerte. Por otro lado, frente al segundo experimento de “escondarse”, lo que supone una “puesta en acción” (Ginger, 1993) el terapeuta le pide a la consultante que literalmente se esconda con su ropa, y continúen la sesión así.

Durante la cuarta sesión la técnica experiencial aplicada consiste en una “silla vacía” (Ginger, 1993) entre la Laura que controla y la Laura que siente, donde se crea un diálogo entre estas “dos partes de sí misma”. En la quinta sesión se trabaja nuevamente a través de “la puesta en acción” (Ginger, 1993), con una máscara que representa su manera de relacionarse, momento en el cual el terapeuta le pide a Laura que se ponga una máscara que se crea en el marco de la sesión. En la sexta, por otro lado, se trabaja a través de la danza vinculando el cuerpo y el movimiento al proceso, cuando el terapeuta le pide a la consultante que baile y se mueva al ritmo de la música. En la séptima sesión no se da ninguna técnica experiencial y en la octava nuevamente aparece una “silla vacía” (Ginger, 1993) con su hermano, en la cual se representa un diálogo con el mismo. Por último, en la última sesión se da una técnica experiencial de “puesta en acción” (Ginger, 1993) en la que se representa corporalmente el peso de la “mugre”, metáfora que la consultante emplea para referirse a los conflictos familiares. El terapeuta, para ello, pone un cojín en la espalda de la consultante y apoya su peso sobre él.

Con esto, para relacionar estos ejercicios experienciales o experimentos con la EXP Scale, se toman todos los fragmentos de las sesiones donde se dieron experimentos y se compara con el nivel alcanzado en la EXP Scale (Ver Tabla 4):

**Tabla 4**

*Nivel EXP y Técnicas Experienciales*

Nivel EXP	Técnica experiencial
EXP 1	2
EXP 2	0
EXP 3	0
EXP 4	1
EXP 5	8
EXP 6	3
EXP 7	1



---

Como se puede apreciar, los experimentos se asocian más frecuentemente a los estadios altos de experiencia, especialmente el 5 y el 6. Sobre los diferentes estadios, se aprecia una ocasión en la que la consultante presenta un estadio de experiencia 1 durante el experimento, y cabe resaltar que en una de las dos ocasiones éste se da justo al inicio del ejercicio y después se incrementa hasta un nivel 5. Sobre el estadio 2 y 3, no aparecen asociados a ninguna técnica experiencial, mientras que el 4 aparece una vez, aunque también inmediatamente después la consultante alcanza el estadio 5 en la EXP Scale.

Respecto al estadio 5 de la EXP Scale, es el más frecuentemente asociado a los experimentos apareciendo un total de ocho veces asociado a las mismas. Este estadio de la EXP Scale, como ya se ha mencionado, corresponde a fragmentos en los que se da una exploración intencional de los sentimientos y experiencias de la consultante, en la que ella plantea o define un problema y una hipótesis o proposición sobre sí misma. Cabe añadir que altamente asociados a los fragmentos de EXP 5 están los relatos sobre la *exploración de la experiencia interna*.

Sobre el estadio de experiencia 6, aparece tres veces asociado a técnicas experienciales, y como se ha mencionado, este hace referencia a fragmentos en los que se da un proceso estructuración que conduce a una experiencia interna nueva y personalmente significativa o que resuelve un problema como resultado de trabajar con sus propias emociones y sentimientos.

El estadio de experiencia 7, aparece 4 veces asociado a una técnica experiencial. En este estadio el contenido revela la creciente conciencia del hablante de sus sentimientos y procesos internos inmediatamente presentes.

Finalmente, cabe añadir el relato de la consultante en la Entrevista de Cambio sobre cómo se produjo el cambio a través de las técnicas experienciales, que, según ella, implican vivenciar más profundamente su experiencia interna para después rescatar aprendizajes aplicables a su vida cotidiana:

I: Ok, volvamos atrás, yo creo que me has contado bastante porque si te preguntara ahora como un resumen de lo que hemos hablado, de qué manera se produjo el cambio durante esos ejercicios que me contaste ahí.

---

P: Hm ¿de qué manera se produjo el cambio en esos ejercicios? Para mi cerebro fue como apagar un poquito los pensamientos, pasar algo más como sentido, más desde el cuerpo y aprender a vivir así para aplicarlo todos los días, para aprender algo porque también creo que es como esforzar, con que uno, con que yo lo sienta un día no es suficiente, tengo que sentirlo todos los días y esforzarme hasta normalizarlo y ya.

I: ¿Crees que aprendiste a mantener ese contacto de alguna manera en tu vida?

P: Sí, claro.

A modo de conclusión, se puede decir que los relatos más asociados a las técnicas experienciales son aquellos en los que la consultante realiza una exploración y elaboración interna del problema, y, por otro lado, es de resaltar que hasta en cuatro ocasiones la técnica experiencial propicia un nivel de experiencia 7.

### **6.3. Procesos de Cambio**

En cuanto a los procesos de cambio, se exponen a continuación las categorías resultantes a partir del análisis de los sucesos terapéuticos observados en los episodios con altos niveles de experiencia seleccionados. En un primer momento se describirán cada uno de los procesos de cambio hallados, apoyados en los propios relatos de la consultante para, a continuación, exponer cómo se han desarrollado todos los procesos de cambio a lo largo del proceso terapéutico globalmente.

#### **6.3.1. Descripción de los Procesos de Cambio**

A continuación, se nombrarán y describirán cada una de las categorías halladas relativas a los procesos de cambio observados en las sesiones terapéuticas analizadas, las cuales son:

- De la negación y la máscara a la verdad y el reconocimiento de sí misma.
- Cambios en la actitud frente a sus emociones y capacidad de modulación.
- Generación y aplicación de nuevos recursos de afrontamiento.

- De la autovaloración negativa a la autovaloración positiva.
- De la búsqueda de aprobación a las relaciones genuinas.

A continuación, se presenta cada una de estas categorías con los fragmentos que dan cuenta de los contenidos asociados a la misma.

### **7.3.1.1. De la negación y la máscara a la verdad y el reconocimiento de sí misma**

Con esta categoría se hace referencia a un cambio de índole estructural en cuanto a la personalidad y la identidad de la consultante. En este sentido, se rescatan los relatos sobre *la máscara, explorar su experiencia interna, la verdad, el movimiento, la mugre y estar consigo misma*.

En un principio para la consultante, no es común estar en contacto con su *experiencia interna* y, por lo tanto, con *la verdad*, y de hecho, el trabajo sobre el reconocimiento de sí misma y su experiencia comienza por reconocer las emociones, sensaciones corporales, sentimientos, pensamientos y recursos de afrontamiento que le han acompañado hasta el momento. Para nombrar este hecho, surge lo que la consultante denomina *la máscara* que es, dentro del lenguaje creado en terapia, el cómo la consultante elige mostrarse ante sí misma y ante los demás solamente desde sus atributos y emociones positivas, en búsqueda de aprobación social. Sin embargo, a medida que avanza la psicoterapia, muy de la mano de los otros procesos de cambio, comienza a ser visible en sus relatos y sucesos terapéuticos la exploración y aceptación de su experiencia interna.

El relato más frecuente, no sólo asociado a este proceso de cambio, sino a lo largo de todo el proceso terapéutico es la *exploración de su experiencia interna*, haciendo referencia con ello a la autopercepción y autoconciencia de la persona y sus estados emocionales, corporales y mentales. Por otro lado, los relatos de *exploración de su experiencia interna* se dan tanto en el diálogo con el terapeuta a través de sus constantes invitaciones a la autopercepción, como durante la aplicación de técnicas experienciales. Este tipo de relato aparece un total de 55 veces a lo largo del proceso terapéutico, 10 veces en la tercera sesión, 15 en la cuarta, ocho en la quinta, cinco en la sexta, cuatro en la séptima, cuatro en la octava y nueve en la novena. Por ejemplo, en la tercera sesión, en una técnica experiencial sobre su risa:

T: Bien. Hagamos una experiencia.

P: (Pone sus manos sobre las piernas y toma una postura más erguida)

T: Te vas a fijar en mí, y vamos a sonreír, no a reír. (Sonríe).

P: (Sonríe)

T: ¿Cómo te sientes?

P: Bien (mira al terapeuta)

T: Ok, ahora vamos a hacer algo totalmente diferente, y es seriedad. (pone cara de seriedad)

P: (Le imita, sonriendo ligeramente)

T: ¿Puedes?

P: Ajá (mira al terapeuta y continúa en una postura erguida)

T: Te obligas a estar seria, porque creo que aparece una sonrisa que quiere salir por allí

P: No (mirando al terapeuta)

T: Ok. ¿Qué pasa cuando estás seria?

P: Me enfoco (mirando al terapeuta, estira un poco más su espalda)

T: ¿En qué?

P: En cosas, en lo que sea que esté haciendo. (mira al terapeuta)

T: ¿Cómo cuáles?

P: En este momento es estar seria.

T: Ok, ¿y cuándo te ríes qué? Porque si con la seriedad te enfocas, ¿qué pasa con la risa?

P: De pronto me distraigo (gira su cabeza hacia la derecha)

T: De pronto me distraigo... ¿Cómo es para ti estar seria en este momento?

P: Normal, pues yo soy seria, yo logro ser seria, mi trabajo me lo exige un montón. .  
(mirando a terapeuta)

T: Pero más allá del trabajo y de cualquier otra cosa estamos hablando de la emoción que te genera ¿no? En este momento. ¿Qué más para ti es estar seria, o más que seria, yo lo llamaría sin sonrisa? ¿Cómo es para ti estar sin sonrisa?

P: Mmm no sé, un poquito aburrido (mira al terapeuta y gira su cabeza hacia la derecha)

T: Eso, háblame del aburrimiento que aparece con la no sonrisa

P: Ah no (coge un cojín y se lo pone entre las piernas), así es como que no estoy disfrutando el momento (gira la cabeza), pues, o sí, puedo estar hablando, puedo estar haciendo

cualquier otra cosa (baja la mirada), pero cuando estoy así completamente quieta y mirando (dirige su mirada al terapeuta), siento que no está pasando nada, entonces me aburro.

T: ¿Y para que pase algo que necesitas?

P: Hacer cosas

T: ¿Cómo cuáles?

P: No sé, ocuparme, divertirme, sonreír.

T: Ocuparte y reírte, y buscar la sonrisa.

P: Asiente

T: ¿Qué estás evitando entonces?

P: La quietud (Juguetea con el cojín)

T: La quietud. ¿Qué pasa cuando estás quieta?

P: Pienso muchas cosas

T: ¿Cómo cuáles?

P: Muchas cosas. Como que... (Baja la mirada y juguetea con la alfombra) empiezo a sentir los problemas, (dirige su mirada al terapeuta y amplía su expresión con las manos) o las cosas que pienso me hacen daño. Como por ejemplo que no quiero estar acá.

Altamente relacionado con la *exploración de la experiencia interna* aparece *la verdad* (55 relatos en común) que es como ella misma denomina, en el marco de la terapia, la conciencia sobre sí misma o experiencia interna y lo que está ocurriendo tanto a nivel interno como externo. Este relato aparece un total de 18 veces en todo el proceso terapéutico, tres veces en la tercera sesión (primera grabada), una vez en la cuarta sesión, cuatro en la quinta sesión, una en la sexta, cuatro en la séptima, dos en la octava, y tres en la novena. Desde el principio hasta el final de la terapia, “la verdad” toma gran importancia en el proceso. Sobre la verdad, la consultante describe:

T: ¿Y cuál es tu verdad?

P: Mi verdad es mi realidad, lo que vivo todos los días. (Mira al terapeuta, manos entre las piernas y postura erguida, encoge los hombros)

---

También sobre *la verdad*, tras el primer experimento sobre su forma de relacionarse y establecer vínculos, ocultándose a sí misma y a los demás sus propios sentimientos y emociones, la consultante relata:

T: No, no quiero que me digas Ok, simplemente quiero que me digas la verdad. ¿Cuál es la verdad? Y no que te comas la mía... o la que está apareciendo en este momento.

P: La verdad es lo que siento

T: Ajá. ¿Cuál es tu verdad, Laura?

P: No sé

T: ¿No sé qué? ¿Qué es lo que no sabes?

P: No sé cuál es mi verdad.

T: No sabes cuál es tu verdad, y por no saber cuál es tu verdad es que has mantenido eso. ¿Desde hace cuánto tiempo estás allí Laura?

P: Desde siempre

Es de señalar que, a partir de la quinta sesión, se permite explorar y experimentar *la verdad* plenamente, e incluso comienza a trasladarlo a su vida cotidiana, lo que se da a través de la exploración de su experiencia interna y la toma de acción frente al malestar, formando parte de su diálogo interno:

T: Pero entonces fíjate que no es cambiar... Sería más bien cambiar el foco de atención.

P: Ajá...

T: Sin que con esto dejes de atenderte o de sentir lo que pasa dentro de ti o percibirte.

P: Es que el problema yo creo que era que no sentía nada, pues que prefería como nublar todos mis sentimientos; en cambio ya es como bueno, me estoy sintiendo mal pero me pongo a hablarme, como bueno, entonces qué es lo que te pasa, qué vas a hacer al respecto... Igual soy consciente de muchas cosas, por ejemplo, de que está bien parar y detenerse pero no quedarse en eso porque no me hace sentir bien, entonces ya. Hay que hablarse con la verdad. (Mirando al terapeuta y ampliando su expresión con las manos)

T: ¿Y cuál es tu verdad?

P: La que estoy construyendo. (Se toca los brazos y mira al terapeuta)

T: ¿Y cuál es?

P: ¿Mi verdad? Que soy humana.

Hasta que en la última sesión realmente tiene otra posición frente a su verdad, integrándola en su vida y validando sus propios sentimientos y emociones como algo positivo, lo que para ella supone una nueva forma de vivir, con un diálogo interno que invita a la aceptación y la *exploración de la experiencia interna*:

P: Que... Como que aprendí una forma diferente de vivir, siento. (Mira al terapeuta, manos sobre sus piernas)

T: ¿Cómo?

P: Sintiéndome, y hablándome, siguiendo hablándome, pues, es un proceso que ya llevo, como de identificar qué es lo que me abrumba, por qué me abrumba tanto... Y de no pensar tanto las cosas pues, como de sentirlas, y ya, eso me ha dado mucha. tranquilidad. (Mira al terapeuta y amplía su expresión con las manos)

Además, cuando el terapeuta en la novena sesión (última grabada) le pregunta directamente qué ha aprendido con este proceso, la consultante relaciona esta constante exploración y aceptación de su experiencia interna con el “amor propio”, o lo que es lo mismo, la *valoración positiva de sí misma*, lo que forma parte de otra categoría que se explicará después:

T: ¿Qué has venido aprendiendo de este proceso?

P: Yo he aprendido muchas cosas, muchas. Como... A ver, lo que más se me ha quedado a mi es como que... Estoy en el mundo sola, pero que no está tan mal estar solo si uno se quiere a uno mismo. (Mira hacia arriba y después al terapeuta, se frota las manos en los pantalones y amplía su expresión con las manos, postura erguida, sin el cojín en las piernas en ningún momento)

T: ¿Si yo que?

P: Si yo me tengo a mi misma, y estoy en el camino de encontrarme, de sentirme y hablarme con la verdad. (Mira hacia arriba y después al terapeuta, se frota las manos en los pantalones y amplía su expresión con las manos, postura erguida)

T: ¿Y cuál es tu verdad?

P: Mi verdad es mi realidad, lo que vivo todos los días. (Mira al terapeuta, manos entre las piernas y postura erguida, encoge los hombros)

T: (Ríe)

P: Pues... (ríe) Que me faltan muchas cosas que a veces no puedo entender, pero que no hay que entender, pues, no tengo por qué entenderlas, porque, que le va a dar a uno, pues, qué me va a dar a mi entender todo. Entonces... Eso lo he aprendido. Y también he aprendido a buscarme, pero en los lugares correctos. (Mira al terapeuta, amplía su expresión con las manos y postura erguida)

T: ¿Porque antes cómo te buscabas?

P: En otros. (Mira al terapeuta, manos entre las piernas y postura erguida)

T: ¿En cuáles?

P: En mi hermano, mi mamá, mi novia, mis amigos... Y ya estoy en un punto en el que estoy buscándome dentro de mi. (Mira al terapeuta, manos entre las piernas y postura erguida)

T: ¿Cómo es eso para ti?

P: Es muy lindo, a mí me encanta (ríe) Me encanta porque este... (Inclina su cuerpo hacia delante y después apoya la espalda en el sofá, golpea sus piernas con sus manos y mira al terapeuta)

T: Se te nota, ¿no? (ríe)

Por otro lado, en las entrevistas finales, ambos (tanto el terapeuta como la consultante) nombran este proceso de contacto con *la verdad* y por lo tanto, con su experiencia interna, como esencial para el cambio terapéutico. De hecho, la consultante describe el proceso terapéutico como un proceso de autoconocimiento y aceptación, ya que en un principio rechazaba los aspectos negativos de sí misma, incluidas las emociones negativas. Por ejemplo, la consultante en su entrevista final:



I: Si lo comparas con cómo estás ahora, ¿cómo te sientes con eso? ¿Lograste tus objetivos?

P: Pues hombre, completamente no, pero siento que he avanzado un montón, porque antes como que rechazaba muchas cosas de mí.

I: Ajá...

P: Como lo malo, pues el sentimiento de tristeza, me estaba como deshumanizando de cierta forma.

I: Ajá...

P: Entonces yendo a terapia me di cuenta como de que es normal querer llorar a veces, que es normal estar melancólico... Para mí, porque es mi vida, entonces es como aceptar, aceptarme.

En la cuarta sesión *el movimiento* comienza a aparecer como otra estrategia para acercarse al reconocimiento de sí misma. El *movimiento*, a pesar de ser una metáfora, tiene que ver con el movimiento y conciencia corporal en sí y con el emprendimiento de acciones concretas. Los relatos sobre *el movimiento* aparecen un total de 26 veces en todo el proceso, se dan cinco veces en la tercera sesión, una en la quinta, cinco veces en la sexta, una en la séptima y 14 en la novena, por lo que, aunque se trabaja a lo largo de todo el proceso terapéutico, aparece muy fuertemente al finalizar el mismo. Ejemplo de ello es el siguiente fragmento:

T: ¿Y qué está pasando dentro de ti? Porque tal y como te venía diciendo yo lo que puedo ver es algo, pero detrás de ese algo pasan montones de cosas.

P: Me siento mal por dentro. (Recostada sobre el sofá, se toca el pecho)

T: ¿Y qué vas a hacer con eso Laura?

P: Es que me encantaría arrancarlo, pues, me encantaría quitármelo. (Recostada sobre el sofá, amplía su expresión con las manos)

Es importante destacar también el papel del *movimiento* y el contacto corporal, que hace referencia de manera metafórica a la toma de acción, lo cual comienza a hacer agradable estar

---

consigo misma. En este caso, se aplica un experimento corporal, que tiene que ver simplemente con permitirse el movimiento libre acompañando la música:

T: ¿Y hay que cerrar los ojos?

P: Incluso... o sea así no la baile la siento, pues, mi cuerpo reacciona. (Cruza los brazos sobre el cojín)

T: ¿Cómo reacciona tu cuerpo?

P: Como entrando en la calma. (Apoya la cara sobre su mano)

T: Ok, entonces, ambos vamos a cerrar los ojos.

P: Ok. (Ríe)

T: Y vamos a empezar a entrar en la calma, si puedes vas a generar movimiento y con los ojos cerrados me vas a ir diciendo cómo es encontrar la calma a través del movimiento en la música.

P: Es muy libre... Es muy tranquilo... Me siento yo misma. (Mueve la cabeza al ritmo de la música, se frota las manos y ladea la cabeza)

Los relatos sobre *la máscara*, o sobre cómo ella elige mostrarse al mundo desde sus atributos positivos, aparecen dos veces en la tercera sesión, cinco veces en la séptima y dos en la novena, por lo que se trabaja a lo largo de todo el proceso. Para abordarlo, durante la tercera sesión (primera grabada) se aplica una técnica experiencial que tiene que ver con “escondarse” y en la quinta sesión se aplica una técnica experiencial que consiste en la creación literal de una máscara, de la cual se rescata un fragmento a continuación:

T: ¿Cómo es intentar mirar la existencia a través de unos breves y pequeños agujeritos?

P: Es... Muy poco lo que puedo ver. (Recostada sobre el sofá y con las manos en reposo)

T: ¿Y para qué? ¿Para qué estás en ese lugar de ver muy poquito?

P: Para evitar exponerme. (Recostada sobre el sofá y con las manos en reposo)

T: Ajá... ¿Y qué es lo que haces para no exponerte?

P: Me invento cosas. (Recostada sobre el sofá y con las manos en reposo)

T: ¿Cómo cuáles?

---

P: Como que soy muy segura... Como que no tengo problemas, como que puedo solucionar todo. (Recostada sobre el sofá y con las manos en reposo)

Sobre la máscara, ella misma relata en la tercera sesión que la *máscara* es su medio para alejarse de *la verdad*. La máscara implica la imagen social deseada que decide mostrar a los demás y a sí misma, y que tiene como resultado la ocultación y no experimentación de sus bajos estados de ánimo y emociones desagradables, y esto se da en pos de la búsqueda de aprobación social, como ella misma nombra, en la tercera sesión mientras se da la técnica experiencial de “escondarse”:

T: Bien, y es allí, en ese espacio oscuro donde surgen tantos interrogantes sin ser respondidos, y es lo que te frustra parece, ¿no? Fenomenológicamente es lo que aparece aquí y ahora. Ahora, Laura, ¿qué ansia hay de estar aquí? ¿Hay algo que se satisface estando allí en ese lugar oscuro? A pesar de que es incómodo, a pesar de que es una queja para ti, hay algo que se satisface. ¿Qué es?

P: La necesidad de aprobación

T: La necesidad de aprobación. ¿Y allí por quién eres aprobada?

P: Por las personas que quiero

En la quinta sesión, admite que *la máscara* no tiene que ver solamente con su imagen ante los demás, sino que también está relacionada consigo misma y con su experiencia interna:

T: Pero por eso, a través de esa máscara para qué reduces la mirada.

P: Para... No pensar, para no sentir. (Recostada sobre el sofá y con las manos en reposo)

De hecho, esto también se encuentra altamente relacionado con sus emociones, incluso la consultante admite que sentir le da miedo, lo que hace referencia a la *valoración negativa de sus emociones* en general y que tiene que ver con la connotación negativa que tiene para la consultante el experimentar sus emociones:

T: ¿Cómo fue?

P: Me asusté. (Baja la mirada y juega con el cojín)

T: ¿Qué te asustó?

P: Hablar conmigo misma. (Mira al terapeuta con las manos sobre el cojín)

T: ¿Qué te asusta de eso?

P: Sentir. (Mira al terapeuta con las manos sobre el cojín)

T: ¿Sentir?

P: Si... (Baja la mirada y juega con el cojín)

Por otro lado, siente que no lo merece, por lo que aparece la necesidad de una condición de valía para poder experimentar y aceptar sus emociones:

P: Pues sí, a sentir, básicamente, solamente que la parte controladora se niega a algo. (Mirando al terapeuta, ampliando su expresión con las manos)

T: ¿A qué?

P: Se niega a sentir porque siente que no lo merece, supongo... O sea, es algo como así. (Mirando al terapeuta, deja el vaso de agua en la mesa)

T: Ah, ¿hay un merecimiento? No había surgido eso hasta ahora.

P: Como que no merezco sentir tanto. (Mira al terapeuta, manos sobre el sofá)

Frente al relato sobre *estar consigo misma*, hace referencia a lo que encuentra cuando se permite percibir su experiencia interna, sus necesidades y deseos cuando se encuentra en soledad. Tiene que ver con encontrar la validación ante sí misma como persona y el cese de la búsqueda de aprobación de los demás, especialmente de su hermano, quien según la consultante, hace parte junto a sus padres del ambiente invalidante de las emociones en el que la consultante percibe que habitó gran parte de su vida. De hecho, se crea la metáfora de su propia casa, y construirse a sí misma frente a la casa familiar. Este relato aparece un total de 15 veces durante el proceso terapéutico, dos veces en la tercera sesión, una en la cuarta, una en la sexta, una en la séptima, siete en la octava y tres en la novena, por lo que es un relato que tiende a aparecer más al final de la terapia.

---

Así, en una primera sesión este hecho tiene una connotación muy negativa, ya que *estar consigo misma* supone la vivencia de emociones negativas para la consultante:

T: Te hace llorar lo que sientes cuando estás contigo. ¿Qué sientes?

P: Aburrimiento

T: Aburrimiento, ¿qué más?

P: Tristeza

T: Tristeza, ¿qué más?

P: Vacío

T: Vacío, ¿Qué más?

P: Ganas de morirme

T: Y ganas de morirte... ¿Qué más aparece?

P: Odio

T: Odio... ¿Hacia qué o quién?

P: Hacia mí

T: ¿Qué más aparece?

P: Frustración

T: ¿Qué más? ¿Sigue diciéndome todo lo que aparece?

P: Estrés

T: ¿Qué más?

P: Ansiedad

Ya en la segunda sesión grabada, *estar consigo misma* comienza a ser “bueno a veces”:

P: Es bueno a veces sentir. (Mirando al terapeuta)

T: Háblame de lo bueno de sentir.

P: (Baja la mirada) Mmm...Que... pues vas encontrándote mucho. (Mirando al terapeuta)

T: Voy...

P: Voy encontrándome mucho. (Mirando al terapeuta)

T: ¿Qué encuentras de ti cuando sientes?

P: Encuentro cosas.

T: ¿Cómo cuáles?

P: Como por ejemplo... (silencio, desvía la mirada) aspectos de mi personalidad (mirando al terapeuta).

En la sexta sesión, se trabaja en torno a su relación con su hermano de quien la consultante refiere constantemente buscar validación y aprobación, y es entonces que surge la posibilidad de “separarse” emocionalmente de él para poder construirse a sí misma:

T: ¿Para qué te surgió esa necesidad de hacer un ritual de separación con él?

P: Para... no sé. Sanarme. (Mira al terapeuta)

T: ¿Tu sientes que en la medida que te separas de él comienzas a sanarte?

P: Sí, porque empiezo a construirme a mí misma. (Mira al terapeuta)

En esa misma sesión, *estar consigo misma* tiene una valoración positiva para la consultante:

T: ¿Y cómo es estar acá solita y no en casa?

P: Es lindo, es rico. (Con los ojos cerrados, encoge los hombros, con las manos sobre sus piernas cruzadas)

T: ¿Qué es lo lindo y lo rico?

P: Estar conmigo, tenerme. (Con los ojos cerrados y las manos sobre sus piernas cruzadas)

T: ¿Estás segura de lo que estás diciendo?

P: Sí, tenerme es algo muy lindo. (Asiente, con los ojos cerrados y las manos sobre sus piernas cruzadas).

En la sexta sesión también, frente a la metáfora creada de construcción de su propia casa. se da una total validación hacia sí misma y su experiencia interna:

T: ¿Cómo es regresar a tu hogar?

P: Siento como que hay que construir mucho, como que hay que trabajar en mucho, pues tengo que trabajar en muchas cosas, pues tengo que empezar a conseguir cosas. (Mira al terapeuta y extiende sus manos, amplía su expresión con las manos)

T: ¿Tienes o quieres?

P: Quiero.

T: Bueno, esto es como cuando vas a arrendar una casa, ¿cierto? Que la encuentras medio vacía y hay que organizarla.

P: Ajá... (Asiente y mira al terapeuta)

T: Hay que comprar cositas, adornitos, ponerle vida, porque lo más conocido y fácil para ti es entrar en la casa de otros y quedarte allí.

P: (Ríe, asiente) Ajá...

T: Ahora, reconociendo tu casa tienes la posibilidad de centrarte y sentir la vida que es lo más importante. Esa vibración, ese estómago y esa naturaleza hoy te dan las pautas para darle continuidad a esto tan bonito. ¿Si? Mirando la vida verde.

P: Qué bien, que hermoso. (Sonríe, juguetea con su bolso y lo mira)

T: ¿Cómo te sientes, tal cual tu pañuelo? (Es verde)

P: Me siento a ver, no puedo describirlo, siento muchas cosas, pero estoy vibrando., estoy vibrando mucho. (Mira al terapeuta, manos sobre el sofá)

T: Entonces el estómago, la vida, la vibración y el movimiento, que lo hace ir generando mayor vida, y estas características además positivas que encuentras en ser nea, y puede sonar muy de chiste, pero ser nea también te da un lugar.

P: Si (Mira hacia abajo).

Como conclusión, se puede afirmar que la consultante, tras el proceso terapéutico, alcanza a determinar su modo de relacionarse con ella misma y con el mundo, a través de lo que ella denomina la máscara. Por otro lado, a través de las técnicas experienciales y de la constante exploración de la experiencia interna, surgen recursos y procesos como la capacidad de exploración y aceptación de su experiencia interna, o de *la verdad* y la toma de acción a través del *movimiento*. Este proceso de cambio se da a través del contacto con su cuerpo, la aceptación de sí misma y la

---

transformación sobre la búsqueda de la aprobación social a la aprobación por parte de sí misma, además de, como parte a resaltar, el cambio de significado acerca de *estar consigo misma*.

### **6.3.1.2. Cambios en la actitud frente a sus emociones y capacidad de modulación**

En el proceso de cambio de la consultante, constantemente emerge el trabajo sobre las emociones. Entre los relatos que aparecen al comienzo de la terapia está el *valorar negativamente las emociones, controlar las emociones y evitar contactarse con sus emociones*. A medida que avanza la terapia, desaparecen los relatos negativos sobre las emociones y toman más fuerza los relatos y sucesos terapéuticos que hacen referencia a la *conciencia y claridad de sus propias emociones, a la ampliación de la conciencia de los estados emocionales, a la expresión de emociones, a la valoración positiva de las emociones y a ser capaz de experimentar y aceptar sus emociones*, aunque estos últimos relatos y sucesos se dan a lo largo de todo el proceso terapéutico.

El *valorar negativamente las emociones* se refiere a establecer juicios negativos sobre lo que implica sentir y experimentar sus propias emociones. Este relato aparece una vez en la tercera sesión (primera grabada) y tres veces en la cuarta, por lo que se puede afirmar que este tipo de relatos que implican valorar negativamente las emociones solamente se dan al comenzar la terapia. Por ejemplo:

T: ¿Qué te generaba ruido de hablar contigo?

P: Que estaba afrontando mis miedos. (Mira al terapeuta)

T: ¿Y entonces?

P: Pues obvio me iba a asustar (ríe, baja la mirada y juguetea con el cojín)

T: ¿Cómo fue?

P: Me asusté. (Baja la mirada y juguetea con el cojín)

T: ¿Qué te asustó?

P: Hablar conmigo misma. (Mira al terapeuta con las manos sobre el cojín)

T: ¿Qué te asusta de eso?

P: Sentir. (Mira al terapeuta con las manos sobre el cojín)

T: ¿Sentir?



P: Si... (Baja la mirada y juega con el cojín)

Con *evitar contactarse con las emociones*, la consultante hace referencia a situaciones en las que ella admite no querer nombrar o tomar conciencia sobre sus emociones y sentimientos. Es importante destacar que este relato únicamente se identifica en la tercera y cuarta sesión de su proceso (4 y 3 veces, respectivamente), es decir, en la primera y segunda grabadas, por lo que evitar sus emociones es un hecho que se evidencia únicamente al comienzo de la terapia. En la tercera sesión:

T: Háblame un poco más de este tema de sentir, ¿qué pasa que le huyes tanto a eso?

P: (Silencio, juega con el cojín) Es que yo a veces siento que el momento en el que uno empieza a sentir... (Mirando al terapeuta). En el momento en el que yo empiezo a sentir, empiezo como a sentir que debo seguir sintiéndome de esa manera, ¿me entiendes? Porque si no voy a ser muy inestable, entonces prefiero no sentir, para no estar presionándome tanto. (Baja y desvía la mirada, amplía su expresión con las manos).

De hecho, muchas veces evita sus emociones desde el mismo relato o sucesos terapéuticos, evitando responder a preguntas relacionadas con sus emociones diciendo “no sé”:

T: ¿Qué te pone ansiosa?

P: No sé

T: Si sabes

P: Sí, yo sí sé

Incluso, hay ocasiones en las que ella admite no estar dispuesta a la introspección en este sentido, ya que le resulta estresante, por ejemplo, en la tercera sesión:

T: ¿Y qué tal si te miras a ti? Porque has estado acostumbrada a mirar, y a hacer este movimiento, ¿no? (niega con la cabeza)

P: Ay no, porque es que me estreso mucho conmigo (Baja la mirada y amplía su expresión con las manos)

Sobre la *conciencia y claridad emocional*, con lo que se hace referencia a la capacidad de identificar y nombrar sus propias emociones, capacidad que, a medida que avanza la terapia, se hace más evidente en la consultante. Este relato se observa tres veces durante la tercera sesión (primera grabada), cinco durante la cuarta, una durante la octava y una durante la novena, y aunque se da más frecuentemente al principio, el relato sobre sus emociones toma claridad a medida que avanzan las sesiones. Por ejemplo, en la sesión 3 (primera sesión grabada), aunque finalmente nombra que se siente “tranquila pero un poco ansiosa” hay una dificultad inicial para identificar su estado emocional, o, lo que es lo mismo, una escasa *conciencia emocional*:

P: Ok (pone sus manos sobre sus piernas y abre el pecho) Pues no sé, lo voy a hacer consciente, pero en este momento no sé qué siento. (juguetea con la alfombra y baja la mirada)

T: ¿Qué?

P: Que en este momento no sé lo que siento, pues estoy tranquila pero un poco ansiosa (dirige su mirada al terapeuta)

Mientras que, por ejemplo, en la sesión 6 identificar nombrar sus emociones y sensaciones no parece ser una tarea difícil para ella, mostrando mayor *claridad emocional*:

T: ¿Qué es lo primero que sientes cuando lo ves?

P: Mmmm...

T: Y se lo vas a decir a él.

P: Cuando te veo siento presión.

T: Ajá... ¿Qué tipo de presión? Explícale un poco mejor.

P: Presión... Como de que esperas mucho de mí. Como de que me tienes muy observada.

T: Ok...

P: También siento amor y admiración.

---

De hecho, el terapeuta en la entrevista final, por su parte, describe que en un principio la consultante no tenía un “filtro” adecuado para sus emociones, y era incapaz de codificar, o darles un significado adaptativo a sus emociones y sentimientos:

I: ¿Sin terapia crees que la paciente hubiera sido capaz de empezar a identificar todo esto?

T: No, es que ella era capaz de identificarlo, el tema ahí es que no sabía codificarlas, entonces ella sí sabía identificar, pero el filtro que le tenía de cada una de sus emociones no era lo más adaptativo para ella, entonces ella sí hubiese podido con la identificación de emociones desde un lugar muy particular, pero ya desde este mucho más adaptativo, no.

Respecto al suceso de *ampliación de la conciencia estados emocionales*, se refiere a la ocasión en la que la misma consultante, directamente, nombra este hecho como parte de su proceso, lo que sucede en la cuarta sesión (segunda grabada). La consultante relata que, antes del proceso, solo se identificaba con tres estados emocionales, mientras que ahora es capaz de expresar y nombrar lo que está sucediendo, lo que está estrechamente relacionado con la *conciencia emocional* por su parte. El relato y la secuencia terapéutica es la siguiente:

T: ¿A qué si estás acostumbrada?

P: A no sentir nada o a sentirme de tres formas (ríe)

T: ¿Cuáles?

P: Alegre, nublada, o triste. (Mirando al terapeuta y ampliando su expresión con las manos)

T: Alegre, nublada o triste (Amplía su expresión con las manos)

P: Siempre me sentía así, de las tres formas, incluso lo descubrí hablando contigo. (Mirando al terapeuta y ampliando su expresión con las manos)

T: Ajá, entonces, luego de ese baño

P: Salí, con el corazón así (se da golpes en el pecho), como todo agitado y yo Dios mío, ¿qué es esto? (ríe). Entonces ya me senté, y pensé que era algo positivo porque estoy sintiendo cosas y nombrando los sentimientos. (Mirando al terapeuta y ampliando su expresión con las manos).

---

Respecto a la *expresión de emociones*, este tipo de episodios hacen referencia a situaciones en las que la consultante, en el transcurso de la terapia, se da la oportunidad de expresar sus sentimientos y emociones. Este hecho se da un total de 22 veces durante todo el proceso terapéutico, 11 veces en la tercera sesión (primera grabada), una en la cuarta, dos en la quinta, una en la sexta, dos en la octava y cuatro en la novena, por lo que se puede afirmar que la mayor expresión emocional se da al comienzo de la terapia, aunque se mantiene a lo largo de la misma. Ejemplos de este tipo de relato son:

T: Sí. ¿Cómo es para ti, en medio de una relación empezar a esconderte?

P: Es muy triste.

T: Es muy triste. Quiero que tomes conciencia de que eso es lo que haces. Ese lugar oscuro que mencionaste hace un rato es el lugar oscuro que estás ocupando en este momento. ¿Si lo ves?

P: Ajá

T: Y te vuelvo a preguntar, ¿Cómo es para ti estar escondida en ese lugar oscuro?

P: Es estar muy solo

U otro ejemplo:

T: Desde siempre... ¿Y qué te ha hecho estar allí?

P: Mi inseguridad

T: Tu inseguridad... ok. ¿Qué te dan ganas de hacer Laura?

P: Silencio (Llora)

Respecto a la *valoración positiva de las emociones*, emerge cuando la consultante habla o expresa sus emociones con una connotación positiva, es decir, afirma que sus emociones y sentimientos son positivos para ella. Estas secuencias aparecen un total de 12 veces, siete veces en la cuarta sesión (segunda grabada), dos veces en la séptima, y tres en la octava, por lo que se puede decir que es un trabajo que se da a lo largo del proceso terapéutico. Ejemplos de ello:

T: ¿Qué tal si sientes?

P: Es verdad, se siente más rico (ríe, se golpea la pierna con la mano).

T: Se siente más rico, entonces esa es la invitación, a empezar a despertar ese sentir porque tú eres merecedora de ese sentir y de esa conciencia. De esa conciencia de ti.

P: Es verdad (asiente).

T: No, más allá de que me digas es verdad o no es cómo te suena esto a ti.

P: Cómo lo sientes... así... (ríe)

T: Exactamente

P: (Mira hacia abajo) Lo siento como una buena propuesta, pues, (mira al terapeuta) como algo que se siente rico.

U otro ejemplo:

T: ¿Qué fue agradable?

P: Sentir... sentir, todo. Sentir al otro, sentirme a mí misma... y ya. Y como que eso me dio mero power, es que no sé... porque me siento como toda poderosa (golpea el cojín y ríe), ay no. Entonces llegué a mi casa con mera calma.... Y ya. Y también sintiéndome ansiosa de a momentos, incluso hoy, me sentí ansiosa pero fue como bueno... sintámoslo, ya, miremos a ver... Como hablándome, creo que ayer aprendí a hablarme a mí misma... sí. (Mirando al terapeuta y ampliando su expresión con las manos).

En cuanto al relato sobre *aceptar sus emociones*, se refiere a la capacidad de experimentar sus emociones con plena conciencia de las mismas y aceptarlas, aceptando lo que para ella suponen y todas sus implicaciones. Este hecho se da 13 veces a lo largo de todo el proceso, una en la tercera sesión, cuatro en la cuarta, tres en la séptima y tres en la octava, por lo que tiende a aparecer durante todo el proceso. Ejemplos de este tipo de relato son:

T: Sin que con esto dejes de atenderte o de sentir lo que pasa dentro de ti o percibirte.

---

P: Es que el problema yo creo que era que no sentía nada, pues que prefería como nublar todos mis sentimientos en cambio ya es como bueno, me estoy sintiendo mal pero me pongo a hablarme, como bueno, entonces qué es lo que te pasa, qué vas a hacer al respecto... Igual soy consciente de muchas cosas, por ejemplo, de que está bien parar y detenerse pero no quedarse en eso porque no me hace sentir bien, entonces ya. Hay que hablarse con la verdad. (Mirando al terapeuta y ampliando su expresión con las manos)

O este ejemplo, que surge en la conversación tras la técnica experiencial con *la máscara*:

T: Frente a estas dos caras, ¿qué ha empezado a aparecer?

P: Ha empezado a aparecer que... En realidad no es que sea una mala persona, que por ejemplo estar desorientado no es malo, que sentirse inseguro no es malo, que es algo que está, y ya, pero que también soy esto (le da la vuelta a la máscara), pues que todo eso soy yo, en realidad, que no hay que reprimirse. (Mirando la máscara mientras la sujeta)

Por último, cabe añadir que en la entrevista final de cambio, el mismo terapeuta describe este logro en cuanto a sus emociones en sí, describe que la consultante pasa de no tener una conciencia emocional y utilizar el *control las emociones*, (a lo que ella se refiere como pilotear las emociones), evitando contactarse y hacerse cargo de las mismas, a una mayor conciencia de sus emociones acompañada de la experimentación, aceptación y responsabilización de las mismas:

I: ¿Cómo crees que ha cambiado su manera de procesar, tomar conciencia de sus emociones, regularlas? Pues en cuanto a lo emocional.

T: Siempre yo hablaba con ella de no controlar, no se trata de eso, nosotros no controlamos las emociones, sino más bien de gestionarlas y para gestionarlas hay un primer paso que es la conciencia ¿sí? ¿Cómo percibo yo mi cuerpo frente a estas sensaciones? Cuando hablo de cuerpo no sólo hablo del cuerpo físico, si no la sensación, percepción y todo lo demás, entonces inicialmente cuando ella se da el permiso, se da el permiso a su vez de sentir esas emociones y de, alguna manera, catalogarlas como agradable o desagradable ¿sí? Que era una pregunta que yo frecuentemente le hacía, si lo que sentía era agradable o no tan

agradable y frente a ese proceso de conciencia ¿qué voy hacer con eso? Ella generalmente lo que decía era "me voy a dar el permiso de sentirlo" en un pensamiento muy catastrófico siempre, cada vez que venía alguna sintomatología asociada a la ansiedad, ella decía "me voy a caer, me van a pisar", muy catastrófico.

I: Al llegar recuerdo un día en especial.

T: Sí, entonces era como que "me permito todo esto, lo siento en el aquí y el ahora sin irme tanto de ese pensamiento catastrófico" ¿no? Tampoco pasar por lo romántico de que "ah, no, esto no me va a pasar", sino ser consciente de lo que efectivamente está pasando en su entorno y dentro de sí, entonces eso, el procesamiento en la medida en que ella, el procesamiento, no, gestión, en que ella percibe, lo cataloga, le da un nombre a eso y en particular y además se permite sentirlo con el cuestionamiento que eso implicaba, con el riesgo.

Para concluir, se puede afirmar que la consultante, en el transcurso de las sesiones, va cambiando significativamente el modo de afrontar y regular sus propias emociones, comenzando con una valoración muy negativa de las mismas e incluso tratando de evitarlas. Sin embargo, la consultante a lo largo del proceso llega a la valoración positiva de las emociones y a ser capaz de experimentar, aceptar y responsabilizarse de las mismas.

### **6.3.1.3. Generación y aplicación de nuevos recursos de afrontamiento**

Frente a su motivo de consulta y el trabajo e inquietudes que emergen en las propias sesiones, es común encontrar relatos y sucesos terapéuticos que hacen referencia a las estrategias de afrontamiento de la consultante, como la *exploración de sus propias estrategias de afrontamiento* como lo es el *inhibir las emociones y la ansiedad*; la *exploración de nuevas estrategias* que ella nombra como *hablarse con la verdad* y el *movimiento*, y la *aplicación de esas nuevas estrategias de afrontamiento*.

La *exploración de sus propios recursos de afrontamiento* ocurre de manera regular en el desarrollo de las sesiones, sobre todo iniciando el proceso psicoterapéutico. Se entiende como exploración de sus propios recursos de afrontamiento cuando la consultante trata de identificar y

---

describir cuáles estrategias ha estado utilizando para hacer frente a los conflictos y a su propio malestar. Este tipo de suceso es más común al comienzo de la terapia, de hecho, aparece hasta ocho veces en la tercera sesión (la primera sesión grabada), 12 veces en la cuarta sesión, tres veces en la quinta sesión y de ahí en adelante solamente una vez por sesión, hasta la sesión 9.

Entre sus propios recursos de afrontamiento identificados destaca la evitación, que ella misma nombra en sus relatos como *inhibir la ansiedad y las emociones* donde la consultante se niega a admitir lo que ocurre:

P: Pero es que si uno lo dice ya es algo que existe. (Con el cojín sobre las piernas y jugueteando con su bolso, mirando al terapeuta)

T: Ah, porque antes no existía.

P: Antes lo ignoraba. (Baja la mirada)

T: Lo ignorabas.

P: Estaba en la negación. (Baja la mirada)

T: Hacías intentos de ignorarlo, porque es imposible de ignorar la ansiedad.

P: Es verdad. Aprendí a pilotearlo pero mal. (Mirando al terapeuta, con la espalda recostada en el mueble y el cojín sobre las piernas)

Otro claro ejemplo de esto es lo que ocurre con su risa, la cual aparece como un recurso para distraerse de sus emociones negativas:

P: Cuando no estoy sonriendo no me quiero, soy un fastidio para mí (juguetea con la alfombra y baja la mirada).

T: Y entonces por eso te ríes tanto, para quererte.

P: Sí claro.

U otro ejemplo:

T: Ajá... Todos, absolutamente todos. El tema es cómo hacemos frente a esos problemas. ¿Cómo afrontas tú tus problemas?



---

P: (Mira al terapeuta) Necesito mero proceso (Mirada baja y juguetea con el cojín). Primero, (ríe y mira al terapeuta, amplía su expresión con las manos) me doy cuenta de que es un problema pero no lo exploro mucho, porque siento que... Es que yo no confío tanto en mi, yo no creo tanto en lo que yo tenga que decir. ¿Me entiendes?

También es capaz de nombrar otras estrategias de afrontamiento más centradas en el distanciamiento, a través de las cuales busca ocuparse y distraerse:

T: ¿Y para que pase algo que necesitas?

P: Hacer cosas.

T: ¿Cómo cuáles?

P: No sé, ocuparme, divertirme, sonreír.

T: Ocuparte y reírte, y buscar la sonrisa.

P: (Asiente)

Por otro lado, unas veces por su propio pie, y otras de la mano del terapeuta, a través de las técnicas experienciales, comienza a *explorar nuevas estrategias de afrontamiento*, con la invitación del terapeuta dirigida a identificar y nombrar sus emociones y sensaciones y responsabilizarse de las mismas. Esto sucede cuatro veces en la tercera sesión, tres en la cuarta, tres veces en la quinta, una en la séptima y seis en la octava, por lo que se puede decir que es un suceso terapéutico común a lo largo de toda la terapia, por ejemplo:

T: Ahí está. Cuando no eres sincera contigo misma aparece todo este cúmulo de sensaciones. ¿Qué te dan ganas de hacer?

P: De buscar la forma

T: ¿Y cuál sería la forma?

P: Ser sincera conmigo misma

T: Ser sincera contigo misma... ¿Y para ser sincera contigo misma que hay que hacer?

P: Poner en otro plano lo que piensan los otros.

---

En ocasiones esta exploración de recursos también se da desde lo corporal, ejemplo de ello es el siguiente fragmento de la cuarta sesión donde reduce su ansiedad a través del movimiento:

T: Es como la sientas

P: Claro, para mí es como vientecito (se mueve y cierra los ojos)

T: ¿Y hay que cerrar los ojos?

P: Incluso... o sea así no la baile la siento, pues, mi cuerpo reacciona. (Cruza los brazos sobre el cojín)

T: ¿Cómo reacciona tu cuerpo?

P: Como entrando en la calma. (Apoya la cara sobre su mano)

T: Ok, entonces, ambos vamos a cerrar los ojos.

P: Ok. (Ríe)

T: Y vamos a empezar a entrar en la calma, si puedes vas a generar movimiento y con los ojos cerrados me vas a ir diciendo cómo es encontrar la calma a través del movimiento en la música.

P: Es muy libre... Es muy tranquilo... Me siento yo misma. (Mueve la cabeza al ritmo de la música, se frota las manos y ladea la cabeza)

T: Bien, entonces vas a ir abriendo los ojos y vas a sentir la libertad de ser tu misma.

P: Si... (Desvía la mirada)

T: ¿Cómo podemos hacerlo a través de estar con ojos abiertos?

P: Ehh... no sé (mira hacia abajo) , sintiendo, ¿o qué?

Sobre la *aplicación de nuevos recursos de afrontamiento*, en las sesiones el terapeuta propicia e impulsa a la consultante a aplicar estas estrategias de afrontamiento en ejercicios experienciales desde lo corporal, tal como en el siguiente ejemplo en el que se fomenta el movimiento y la acción como recursos corporales para el afrontamiento:

T: ¿Puedes, realmente?

P: Si. (Manos sobre las piernas, ojos cerrados, postura erguida, continúa moviéndose)

T: Fíjate cómo puedes hacer eso.

P: Quitándomela. (Manos sobre las piernas, ojos cerrados, postura erguida, continúa moviéndose)

T: No me hables, hazlo.

P: (Se libera de cojín con su propia fuerza y se incorpora) Ya, me la quité.

Y la reflexión que sigue a esta experiencia, describe el *movimiento*, como el método o recurso para moverse de donde no se siente cómoda, lo cual ella traslada a situaciones de su vida cotidiana asociándolo con la valentía y la fuerza:

T: Y además hiciste uso de algo para poder soltarte de la mugre, ¿hiciste uso de qué?

P: De mi cuerpo. (Mira al terapeuta, manos entre las piernas y postura erguida)

T: De tu cuerpo, y además ¿qué hay en tu cuerpo que te impulsó a hacer todo eso?

P: (Suspira mira al terapeuta, manos entre las piernas y postura erguida) Una molestia

T: ¿Molestia y además?

P: (Silencio) Fuerza (Ríe, mira al terapeuta, manos entre las piernas y postura erguida)

T: Fuerza... Una fuerza necesaria para poder moverte de aquellos lugares en donde que ya no, ya no más. ¿Desde hace cuánto no usabas esa fuerza? Te pregunto.

P: Yo siento que desde que... No, (Suspira) no sé. Yo me fui de la casa, y usé la fuerza, fui muy fuerte, muy valiente, pero me debilité y volví. Y volví y sufrí mucho al volver, porque me sentía como encerrada y ahí empezó toda mi inestabilidad emocional. (Mira al terapeuta, manos entre las piernas y postura erguida)

Así, llegado a un punto, la consultante empieza a *aplicar nuevas estrategias de afrontamiento* en su vida cotidiana, consistentes sobre todo en “*la verdad*” y el “*movimiento*”, según la terminología usada por la misma consultante y el terapeuta. Este relato aparece una vez en la tercera sesión, cinco en la cuarta, una en la quinta, dos en la sexta, dos en la séptima, dos en la octava y tres en la novena, por lo que se puede afirmar que es estable a lo largo de toda la terapia. Ejemplos de ello son:

T: Bien, ¿qué has estado pensando esta semana, luego del trabajo ... lo que pasó acá?

---

P: Cuando salí pues... de la terapia contigo, al otro día fue un día muy lindo. Me levanté sintiendo un montón, pero sentía mucho amor, pero por mí, o sea, no estaba pensando en nadie externo. Entonces yo fui a bañarme, regué las maticas... Pues, yo estaba súper feliz, y mientras me estaba bañando me pasó algo súper raro, como que empecé a sentir un montón de sensaciones negativas, como frustración, como ansiedad... fue muy raro... Pero ay, yo podía como decir “esto es lo que estoy sintiendo”, entonces me dio calma, pensar que estaba sintiendo pues, algo diferente a estar nublado, feliz... (Con el cojín sobre las piernas y ampliando la expresión con sus manos)

U otro ejemplo del traslado de sus nuevos recursos de afrontamiento a su vida diaria:

T: Ajá, entonces, luego de ese baño

P: Salí, con el corazón así (se da golpes en el pecho), como todo agitado y yo dios mío, ¿qué es esto? (ríe). Entonces ya me senté, y pensé que era algo positivo porque estoy sintiendo cosas y nombrando los sentimientos. (Mirando al terapeuta y ampliando su expresión con las manos).

T: Ajá.

En conclusión, se puede afirmar que la consultante, a través de la conciencia y cuestionamiento de sus propias estrategias de afrontamiento, además de la exploración y aplicación de nuevas estrategias, las cuales hacen referencia a “*la verdad*” y “*el movimiento*” logra establecer para sí mismas estrategias de afrontamiento más positivas y adaptativas.

#### **6.3.1.4. De la autovaloración negativa a la autovaloración positiva**

Respecto a la autovaloración de sí misma en términos generales, en un comienzo del proceso destaca lo negativo de esta valoración que la consultante hace de sí misma. Es decir, que en un comienzo, abundan los relatos de *valoración negativa acerca de sí misma*. No obstante, a lo largo del proceso terapéutico, éstos disminuyen mientras que comienzan a emerger y aumentar en

---

frecuencia los sucesos y los relatos de autovaloración positiva. En la tercera sesión (o primera registrada en vídeo) hasta en cuatro ocasiones la consultante hace afirmaciones de este tipo:

T: ¿Qué es lo que hace intolerable tu existencia?

P: Yo (se ríe), básicamente (baja la mirada)

T: ¿Qué hay de ti que la hace intolerable?

P: Qué hay de mí que la hace intolerable... (dirige su mirada hacia la izquierda y frunce el ceño) qué soy tan complicada a veces (mantiene su mirada en un punto a la izquierda)...

T: ¿Y quién no es complicado y complejo? Porque la vida y lo humano es complicado y simple a la vez. Paradójico, ¿no? Sin embargo, que hay de tu complicación que te genera tanto malestar.

P: (Baja la mirada y pone sus manos sobre la alfombra) Que no logro las cosas que me propongo, que no sé cómo hacerlas (golpea la alfombra), que no tengo las herramientas (golpea la alfombra)... y también (baja la mirada) que no tengo energía para hacer la cosas a veces, es como que no lo soporto, así como que no puedo conmigo. Es insoportable.

Durante el transcurso de las sesiones, este tipo de afirmaciones de *valoraciones negativas acerca de sí misma* va disminuyendo, aunque se siguen produciendo. Así, mientras que en la tercera sesión (primera grabada) son cuatro ocasiones, en la cuarta son dos, en la quinta una, en la sexta una y en la novena una, ocurriendo un total de nueve veces, por lo que se puede observar que disminuyen a lo largo del proceso.

Por el contrario, sobre los episodios y relatos de *valoración positiva de sí misma*, aparecen un total de nueve veces a lo largo de todo el proceso. Así, en la tercera sesión, este relato aparece dos veces, y cabe señalar que en ambas ocasiones se da tras un experimento o técnica experiencial que surge a raíz de la propia valoración negativa que expresa sobre sí misma. Por ejemplo:

T: Mírame, yo quiero que te muestres, porque ese es el reto y el desafío, y dijiste que lo ibas a tomar.

P: Ajá.. Soy una persona que lo intenta. (Mirando al terapeuta y jugueteando con el tapete)

T: ¿Que qué?

P: (Mirando al terapeuta) Que lo intenta. Soy persona muy fuerte, con muchos valores, supongo (ríe)

T: Y además, perdona que te interrumpa, pero escandalosa, ¿cierto? ¿Me puedes mostrar cómo eres de escandalosa? (Ríe)

P: Golpea el tapete y ríe

T: Eso, muéstrame lo escandalosa que eres (ríe).

P: Yo soy escandalosa, pero es que me gusta que me escuchen. (Mirando al terapeuta)

T: A bueno, es que yo te estoy escuchando, solo que quiero también escuchar tu escándalo, porque me encantaría.

P: Pero es que no...(Mirando al terapeuta) puede que no sea tan escandalosa (ríe)

T: A bueno entonces escandalosa... no tanto (ríe)

P: Escandalosa feliz. (Mirando al terapeuta cruza los brazos)

Durante la cuarta sesión, la valoración positiva de sí misma aparece dos veces, una durante la sexta, y hasta tres veces en la última sesión, lo que muestra la tendencia a incrementar este tipo de valoraciones positivas a lo largo de la terapia. Por ejemplo, en la sexta sesión:

T: ¿Qué eres?

P: Soy una mujer que le gusta divertirse, que le gusta sonreír mucho... (Mira al terapeuta, manos entre las piernas y postura erguida)

T: Ajá...

P: Y que le gusta moverse. (Mira al terapeuta, manos entre las piernas y postura erguida)

T: Dilo en primera persona.

P: Que me gusta moverme. (Mira al terapeuta, manos entre las piernas y postura erguida)

T: Eso, me gusta moverme.

P: Me gusta moverme mucho, me gusta crear cosas y me gusta sonreír. (Mira al terapeuta, manos entre las piernas y postura erguida).

A modo de conclusión, se puede decir que durante el transcurso del proceso terapéutico, se redujeron las valoraciones negativas de sí misma y aumentaron las positivas.

### 6.3.1.5. De la búsqueda de aprobación a las relaciones genuinas

Respecto a la relación con el otro, en varios momentos de la terapia emergen asuntos relacionados con lo interpersonal. La relación con el otro se manifiesta en relatos y episodios sobre *ambiente invalidante de las emociones, conflictos familiares, debilidad, aprobación, separación simbólica de su hermano*, y, finalmente, las *relaciones genuinas*.

Es importante señalar que, según la consultante, proviene de una familia que ha representado para ella un *ambiente invalidante de las emociones*, en el que la expresión emocional ha sido sistemáticamente invalidada, lo que le hace sentir juzgada. Según la propia consultante, desde la infancia se le negó la posibilidad de expresarse libremente en su entorno familiar, tanto en cuanto a su personalidad como a sus emociones:

P: (Descruza sus brazos y juguetea con el cojín) Ehh...No sé, por parte de mi hermano, siento como mucha presión a veces.

T: Ok, ¿qué presión, cómo te presiona, según tu perspectiva?

P: Según mi perspectiva él me presiona para ser mejor siempre, pero él es una persona que no sabe expresarse. (Gira su cabeza)

T: Ok, eso por un lado. ¿Cómo te presiona? ¿A través de miradas, de palabras, de frases...?

P: ¡De miradas!

T: De miradas. ¿Cómo te mira? Mírame a mí como te mira él.

P: Es que no sé... él a veces me mira como... (imita el gesto, gira su cabeza hacia la derecha) Así, así, como torciéndome los ojos.

T: ¿Cuándo qué? cuando tú le expresas algo, o qué.

P: Si, cuando yo hago un comentario. Si no que yo soy como muy irreverente, y él me juzga mucho por eso (amplía su expresión con las manos y mira al terapeuta). Entonces es como "Laura, pues de verdad estás haciendo esto..." O cuando vio algo que a él no le parece, pero no sé, porque no me dice nada, solamente me mira, entonces quedo como...

T: Listo, sin embargo, nunca lo nombra, nunca lo pronuncia, solamente...

P: Puede que a veces sí.

T: A veces dice “Ay por favor...”

P: O a veces con otros comentarios.

Los relatos sobre este ambiente invalidante familiar, aparecen cuatro veces durante la tercera sesión, una vez durante la cuarta y cuatro veces durante la octava. En esta tercera sesión relata sobre su padre:

T: Ah bueno listo, por parte de tu familia me nombras a tu hermano, ¿quién más? ¿Quién más te presiona?

P: De pronto mi papá me presionaba. (baja la mirada)

T: Ok.

P: De pequeña pues...

T: ¿A través de qué?

P: Él si me regañaba, pues nunca me pegó ni nada (desvía la mirada) pero sí me regañaba un montón.

T: ¿Y qué te decía?

P: Cuando hacía ruido. Entonces era como... Como que yo hacía mucho ruido, o me reía un montón (amplía su expresión con las manos), y él me decía “usted por qué es tan empalagosa, yo no entiendo...” (baja la mirada y juguetea con la alfombra) y me regañaba un montón pues.

T: Listo, ¿y qué hacías tú? O sea, tú tan ruidosa, tan empalagosa, cuando venía esa presión, y ese regaño de papá... ¿Qué hacías? ¿Cuál era tu respuesta?

P: (Continúa con la mirada baja y jugueteando con la alfombra) Yo sentía que no era suficiente.

T: Yo sentía que no era suficiente...

Como se puede apreciar, la consultante relata cómo sobre todo su hermano y su padre le limitaban a la hora de expresarse libremente. Así, a través de este ambiente invalidante de las emociones, la consultante aprende a cumplir las expectativas de los demás:



T: Y con tus relaciones, y con todo, entonces, ¿si ves? ¿Qué es lo que se va repitiendo a lo largo del tiempo en la forma de vincularte?

P: Que cumpla las expectativas.

De esta forma, para la consultante la aprobación de los otros viene de la mano de la inexpresividad emocional. Como relata más tarde en la tercera sesión:

T: Porque cuando te muestras tal cual eres tú, ¿qué sucede?

P: No me van a querer.

Así, con lo anterior, demuestra cómo ha sido para ella la construcción sobre la aprobación de los demás, donde el amor viene condicionado por ciertas características que ella debe cumplir, como permanecer en silencio, no ser “empalagosa”, no reír fuerte...

Los relatos sobre *los conflictos familiares* aparecen dos veces durante la quinta sesión y cuatro veces en la novena sesión, por lo que se puede apreciar que el trabajo terapéutico frente a la carga emocional de sus conflictos familiares se da a mediados y durante el fin del proceso terapéutico.

Sobre los *conflictos familiares* y esa “mugre” o carga emocional que le generan a la consultante estos mismos conflictos, en la tercera sesión relata:

T: ¿Hace cuánto tiempo tienes esa contaminación en los hombros?

P: (Mira hacia arriba, silencio) Como desde los trece. (Desvía la mirada)

T: ¿Trece?

P: Ajá... (asiente y mira al terapeuta).

T: Hace mucho.

P: Hace mucho tiempo. (Mira al terapeuta)

T: ¿Qué pasó a los trece, que comenzó esa contaminación?

P: Ah yo creo que a ver, a los trece estaba pasando por muchas cosas. (Desvía la mirada y suspira)

T: ¿Cuáles?

P: (Suspira) Como que mi familia estaba en muchos problemas, como que no podían vivir en paz, porque mi hermana sacó a mi hermano como del closet literal... Entonces habían muchos problemas. Mi papá empezó a beber mucho y peleaba con mi hermano, creo que eso pasó. Y en ese tiempo no sé qué me habrá... Pues, cómo lo habré asimilado yo... (Mira hacia arriba y hacia abajo, manos en reposo sobre sus piernas)

T: Si es que lograste asimilarlo... Porque lo que me dices es que en medio de todo eso lo que haces es que recibes toda esa mugre...

P: Y me la quedo. (Mira al terapeuta)

T: Y lo que hace esa mugre es tensionarte.

P: Y quedarse, si... (Mira hacia abajo, manos en reposo)

Además, emergen otras cosas sobre su papel en las relaciones interpersonales, y es que en su construcción adulta sobre la atención y la demanda de afecto en las relaciones, asocia la atención con egocentrismo. Así, en un ejercicio de silla vacía con su hermano:

T: ¿Qué no puedes definir?

P: La sensación que tengo en este momento. (Ojos cerrados, manos en reposo sobre el sofá)

T: Ajá.. ¿Es parecida a qué?

P: A no querer escuchar, pues a ver, como a ver, cuando uno se siente muy... Cuando yo me siento egocéntrica. (Ojos cerrados, se toca la cara y el pecho)

T: ¿Egocéntrica?

P: Sí, como que siento que todo gira alrededor mío... Cuando pues en realidad no. (Ojos cerrados, frunce el ceño, manos en reposo sobre el sofá)

T: ¿Por qué dices que en realidad no?

P: Porque estoy esperando mucha atención que en realidad no existe. (Ojos cerrados, manos en reposo sobre el sofá)

T: Ok, entonces díselo a tu hermano. Estoy esperando mucha atención de ti.

P: Estoy esperando mucha atención de ti. (Ojos cerrados, manos en reposo sobre el sofá)

---

E incluso asocia la expresividad emocional con ser percibida por parte de los demás como débil, vinculando el ser genuina con ser percibida con una valoración negativa por parte de los demás. Además, evitando mostrarse débil, evita que el otro le pueda hacer daño. Los relatos sobre esta *debilidad* aparecen una vez durante la cuarta sesión y otra vez durante la quinta:

T: ¿Para qué lo haces? ¿Para que controlas?

P: Para no mostrarme débil. (Juguetea con el pie en la alfombra y mira hacia abajo)

T: Ajá... Entonces para ponerte... ¿En qué lugar?

P: (Con la mirada baja) En el lugar de la fuerte (mira al terapeuta)

T: La fuerte... Entonces, esa fortaleza es un escudo... ¿De qué?

P: Del daño que me puedan hacer otras personas. (Mira al terapeuta y balancea el pie)

T: Ah... ¿Y quién te puede hacer tanto daño?

P: Cualquier cosa, un comentario... (Cruza los brazos sobre el cojín, mirando al terapeuta)

El percibirse débil y vulnerable, por otro lado, le lleva a emplear la estrategia de ocultar ante sí misma y ante los demás sus emociones y sentimientos, ya que además asocia mostrarse genuinamente con una pérdida del amor por parte de los demás:

T: Sí. ¿Cómo es para ti, en medio de una relación empezar a esconderte?

P: Es muy triste.

T: Es muy triste. Quiero que tomes conciencia de que eso es lo que haces. Ese lugar oscuro que mencionaste hace un rato es el lugar oscuro que estás ocupando en este momento. ¿Si lo ves?

P: Ajá

T: Y te vuelvo a preguntar, ¿Cómo es para ti estar escondida en ese lugar oscuro?

P: Es estar muy solo

T: Es estar muy solo... ¿Y qué pasa con la relación?

P: No es real

T: No es real, ¿y cómo es? Si no es real, ¿cómo sería?

P: Una mentira

T: Una mentira... ¿Y para qué creas esta mentira?

P: No sé

T: No, si sabes. No me vengas a decir a mi que no sabes.

P: Para fingir algo, para fingir que las cosas están bien.

T: Para fingir que las cosas están bien

P: Ajá

T: Porque cuando te muestras tal cual eres tú, ¿qué sucede?

P: No me van a querer

Sin embargo, en este ejercicio experiencial en el que se trabaja acerca de este tema de “esconderse” ante los demás en la tercera sesión, al encontrarse sola consigo misma se encuentra en ese lugar como oscuro e incómodo, en el que se da cuenta de que definitivamente no se encuentra bien. No quiere seguir buscando *la aprobación* a través de la inexpresividad y el control de sí misma, sino del establecimiento de relaciones genuinas, las que según ella, son de verdad y en las que puede ser ella misma. Los relatos y sucesos sobre la *búsqueda de aprobación* aparecen dos veces durante la tercera sesión y dos veces durante la cuarta:

T: Bien, y es allí, en ese espacio oscuro donde surgen tantos interrogantes sin ser respondidos, y es lo que te frustra parece, ¿no? Fenomenológicamente es lo que aparece aquí y ahora. Ahora, ¿qué ansia hay de estar aquí? ¿Hay algo que se satisface estando allí en ese oscuro? A pesar de que es incómodo, a pesar de que es una queja para ti, hay algo que se satisface. ¿Qué es?

P: La necesidad de aprobación

T: La necesidad de aprobación. ¿Y allí por quien eres aprobada?

P: Por las personas que quiero.

Siendo así, es a través de la propia relación terapéutica, y del trabajo experiencial que se realiza en este mismo sentido en la tercera sesión, que la consultante comienza a admitir la importancia de las *relaciones genuinas* y de mostrarse tal y como es, asunto que después dará paso a todo un trabajo en cuanto a sus emociones y la expresividad de estas. Estos sucesos y relatos en

---

los que se nombra directamente el establecimiento de relaciones genuinas se dan durante esta tercera sesión en cuanto a la relación terapeuta-paciente y en la octava respecto a su hermano. En el caso de la tercera sesión:

T: Ahora que lo hiciste yo quiero que me digas para ti cómo ha sido poder hacer esto, y vincularte de esta manera tan diferente. (refiriéndose a la relación terapéutica)

P: Ha sido divertido (mira a la izquierda).

T: Ok, ¿y cuando te conectas con la diversión que pasa?

P: Me siento bien (mira al terapeuta)

T: ¿Te sientes bien? Eso quiere decir que la vida misma puede tener un buen sentido.

P: Puede (Ríe, baja la mirada y juguetea con la alfombra).

T: Puede...

Al terminar ese mismo experimento, en la que simbólicamente “se esconde”, como ella misma anuncia, se siente más capaz y más motivada a expresarse genuinamente:

T: En este momento me vas a decir cómo te sientes una vez que sales o te quitas todo ese manto oscuro, ¿cómo es para ti mostrarte en esta relación mucho más genuina y real?

P: Yo me siento menos ansiosa. Me siento más tranquila, más capaz, sobre todo. (Mirando al terapeuta y juguetea con el cojín)

T: ¿Más capaz de qué?

P: De hacerlo (Mirando al terapeuta y juguetea con el cojín).

T: Ajá

P: Sin la necesidad de la compañía de otro, o sin la necesidad como de la aprobación de los otros, no sé. Uaaaa! (Grita y ríe)

En cuanto a la relación terapéutica, cuenta que al conectar con el terapeuta de manera genuina, se descarga y se siente diferente, lo que tiene repercusiones en su vida cotidiana:

P: Si no que es que lo que yo me pregunto es para qué voy a hacer tantas cosas (Cruza los brazos y amplía su expresión con las manos). Pues yo sé que a algún lado voy a llegar y que me voy a sentir de alguna forma pero a veces siento como que no entiendo.

T: Entonces, te pregunto, ¿para ti tiene sentido venir acá?

P: Si, porque yo no me quiero sentir más así (mirando al terapeuta). De alguna manera siento que hablando contigo me descargo (amplía su expresión con las manos) Y ya estoy acá y pienso vamos a aprovechar el tiempo, la oportunidad de estar acá.

T: Entonces parece que cuando te conectas con el otro de forma genuina, expresando lo que quieres y de verdad eres, la vida cambia.

P: Si.

T: Y no es porque tu cambies si no porque tu mirada hacia la vida cambia. ¿Te pasa eso?

P: Si... (Baja la mirada y juguetea con la alfombra).

En la última sesión, como reafirmación de este proceso, es capaz de identificar que se encuentra en un punto en el que se busca en sí misma el lugar de en otras personas, dando muestras de una *relación genuina* tanto consigo misma como con los demás.

T: (Ríe)

P: Pues... (ríe) Que me faltan muchas cosas que a veces no puedo entender, pero que no hay que entender, pues, no tengo por qué entenderlas, porque, que le va a dar a uno, pues, qué me va a dar a mi entender todo. Entonces... Eso lo he aprendido. Y también he aprendido a buscarme, pero en los lugares correctos. (Mira al terapeuta, amplía su expresión con las manos y postura erguida)

T: ¿Porque antes cómo te buscabas?

P: En otros. (Mira al terapeuta, manos entre las piernas y postura erguida)

T: ¿En cuáles?

P: En mi hermano, mi mamá, mi novia, mis amigos... Y ya estoy en un punto en el que estoy buscándome dentro de mi. (Mira al terapeuta, manos entre las piernas y postura erguida)

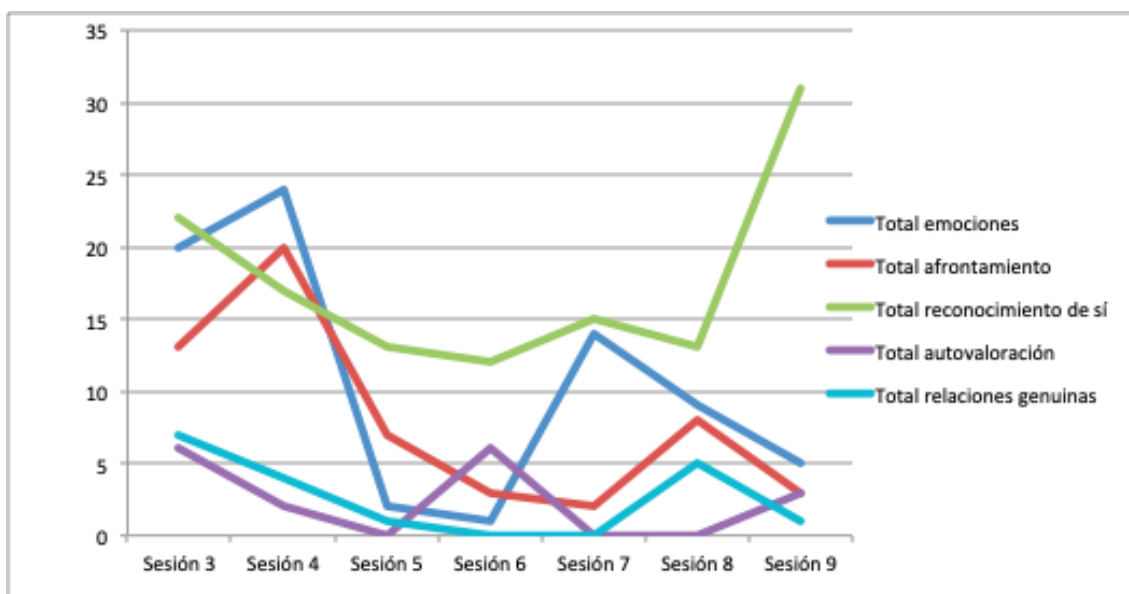
A modo de conclusión, se puede decir sobre este aspecto que la consultante, tras relacionarse ocultando sus sentimientos desde la inexpresividad y la búsqueda de aprobación social, lo que aprende en gran parte de su ambiente familiar, pasa a relacionarse genuinamente a través de un proceso de cambio en el que los factores principales son la alianza terapéutica y las experiencias que rescata de los propios experimentos.

### 6.3.2. Evolución de los procesos de cambio

A continuación se analizará cómo los procesos de cambio mencionados evolucionaron a lo largo de las sesiones analizadas. Así, durante los episodios de alto nivel de experiencia según la EXP Scale, como se mostró en el apartado anterior, se han generado procesos de cambio en torno al reconocimiento de sí misma, a su actitud frente a las emociones y su capacidad de modulación, la generación de recursos de afrontamiento, el cambio de la autovaloración negativa a la autovaloración positiva y el tránsito de la búsqueda de aprobación a las relaciones genuinas. A continuación, se expondrán los datos sobre la frecuencia de ocurrencia de sucesos terapéuticos y relatos que conforman cada proceso de cambio a lo largo de las sesiones analizadas (Ver Figura 3):

**Figura 3**

*Frecuencia de Ocurrencia de Procesos de Cambio a lo Largo de las Sesiones*



*Nota:*

Total emociones: Cambios en la actitud frente a sus emociones y modulación

Total afrontamiento: Generación y aplicación de nuevos recursos de afrontamiento.

Total reconocimiento de sí: De la negación y la máscara a la verdad y el reconocimiento de sí misma.

Total autovaloración: De la autovaloración negativa a la autovaloración positiva.

Total relaciones genuinas: De la búsqueda de aprobación a las relaciones genuinas.

Como se puede apreciar en la figura, los relatos y sucesos terapéuticos más reiterados son, en este orden, el reconocimiento de sí misma (siendo este el más frecuente de todos los procesos) y los procesos de cambio concernientes a la actitud frente a sus emociones y la generación de nuevos recursos de afrontamiento. Además, estos mismos sucesos son los que parecen más frecuentemente al comenzar el proceso y, aunque disminuyen a partir de la cuarta sesión (exceptuando el reconocimiento de sí), ocurren a lo largo de todas las sesiones analizadas.

Por su parte, los sucesos terapéuticos y los relatos acerca del proceso de cambio hacia la autovaloración positiva de sí misma se da durante todo el proceso y con menor frecuencia que los anteriormente descritos. Especialmente, en la sexta sesión, mientras el resto de procesos de cambio tienen una fuerte disminución, el proceso de cambio hacia la autovaloración positiva de sí misma presenta un aumento. Sobre las relaciones genuinas, el trabajo acerca de este proceso de cambio se da precisamente al inicio y al final de la terapia.

Así, se puede apreciar que en un comienzo de la terapia los procesos de cambio más relevantes son el reconocimiento de sí misma, el cambio de actitud frente a sus emociones, y la aplicación y generación de nuevos recursos de afrontamiento. Por otro lado, a la mitad de la terapia, aunque en menor medida, vuelven a aparecer como significativos el trabajo sobre el reconocimiento de sí misma y sobre sus emociones, a la par que se hace significativo el aumento de la relevancia de los sucesos terapéuticos acerca de la autovaloración. Hacia el final del proceso terapéutico, se hace especialmente significativo el proceso de cambio acerca del reconocimiento de sí misma, mientras que también surgen sucesos y relatos asociados a procesos de cambio sobre la generación de nuevos recursos de afrontamiento, la autovaloración positiva de sí misma y el establecimiento de relaciones genuinas.



---

De esta forma, se puede percibir que el trabajo terapéutico sobre el reconocimiento de sí misma, que en gran parte consiste en la exploración de su experiencia interna y de sus propias maneras de relacionarse consigo misma y con el entorno, es el más frecuente a lo largo de toda la terapia, y especialmente al comenzar y finalizar el proceso. Más explícitamente, como se puede apreciar en lo expuesto anteriormente, al comenzar la terapia se trata de un reconocimiento de sí misma relativo a su personalidad, sus emociones y sus recursos de afrontamiento, mientras que al final, se trata de un reconocimiento de sí misma a través de sus nuevas estrategias de afrontamiento y aspectos de sí inexplorados hasta ese momento, que consisten básicamente en la conciencia corporal y emocional y la toma de acción frente a situaciones problemáticas concretas. Sin embargo, cabe comentar, que lo que fue transversal a todo el proceso fue la exploración de la experiencia interna y la toma de acción.

#### **6.4. Efectos Terapéuticos**

Para determinar los efectos de la psicoterapia, se seleccionaron por una parte los relatos de la consultante y su terapeuta acerca de los efectos percibidos del proceso terapéutico en la entrevista final de cambio y, por otro lado, se analizaron en términos cuantitativos los efectos observados a través de la comparación de los resultados de las pruebas psicométricas que se aplicaron al inicio y al final del proceso terapéutico.

##### ***6.4.1. Efectos Percibidos***

Para describir los efectos del proceso terapéutico percibidos por la consultante en el marco de la entrevista final de cambio, en un primer momento se le pide que enumere libremente los efectos advertidos a nivel general, obteniéndose la siguiente lista sobre los cambios terapéuticos percibidos por la consultante:

- Autenticidad
- Amor propio
- Autoconocimiento

- 
- Estabilidad/proyección
  - Hablar conmigo misma
  - Contacto corporal
  - Somatización
  -

Por otro lado, ante la misma cuestión de enumerar libremente los efectos percibidos del proceso, el terapeuta enumera los siguientes:

- Vínculo
- Identificación emocional, conciencia corporal
- Expresión emocional
- Gestión emocional
- 

Tras la enumeración libre, se les pidió tanto a la consultante como al terapeuta especificar y describir los cambios terapéuticos percibidos, diferenciando por ámbitos: a nivel cognitivo, emocional y conductual; los cuales se presentan a continuación.

#### **6.4.1.2. Cambios cognitivos**

La consultante específicamente relata, sobre los cambios a nivel cognitivo: la desaparición de pensamientos suicidas y pensamientos negativos en general; la capacidad de centrarse en identificar en cada momento lo que está sucediendo, tanto interna como externamente y; por último, hace referencia a un cambio en su autoestima o en la valoración de sí misma, donde se da una reducción de la autocrítica y una mayor compasión consigo misma:

I: ¿Cómo ha cambiado tu manera de pensar?

P: Pues yo antes estaba muy resignada con la vida, yo no quería es vivir, yo estaba súper aburrida y no... O sea es que ni siquiera es algo que se pueda explicar, o sea yo creo que estaba era deprimida, estaba deprimida y es algo que me pasa constantemente, pero antes

era como no, es que yo soy un fracaso, yo no sé qué quiero hacer con mi vida, siento que soy un desperdicio... pues, sentía todas esas cosas.

I: Ajá, las pensabas.

P: Sí, las pensaba y yo era como no... y después de un momento empecé a ver también cosas buenas.

I: ¿Cómo piensas ahora?

P: Ahora pienso que tengo que hablarme con la verdad para poder llegar a algo y que si no intento nunca voy a saber cómo salí. Y ya, tengo que arriesgarme un poquito, ya como que lo intento.

I: ¿Algo más?

P: Sí, ya logro decir como y es que yo hoy no me estoy sintiendo tan amada, hoy no me amo tanto, entonces busco cosas que me puedan ayudar para amarme.

Por otro lado, en la entrevista de cambio adaptada al terapeuta, sobre los cambios a nivel cognitivo de la consultante, hace mención a la capacidad de preguntarse y tomar conciencia para evaluar sus emociones y sentimientos, además de la introducción de nuevas ideas por parte de la consultante que favorecen la exploración y aceptación emocional:

I: ¿Hubo algunos cambios notorios como en ella? De tres niveles vamos a hablar ¿cierto? ¿Cómo crees que cambió la manera de pensar de la consultante?

T: De pensar, cuando hablamos de pensar siempre me voy a remitir a lo lingüístico porque la forma de concretar ese pensar, lo que acabo de decir, primero la pregunta ¿por qué siento esto? ¿Para qué siento? ¿Y será que me lo permito? ¿O no? Y ella siempre recordaba muchas frases mías "dice que me lo permita", entonces esa forma de pensar, esa pregunta que viene del entorno, en este caso de mi, hace contacto con lo de ella y la hace vivir la experiencia incluso desagradable. Y yo creo que esa es la que se me viene en ese momento de cambio.

En este sentido, se puede afirmar que los cambios cognitivos percibidos por la consultante responden a la desaparición de pensamientos suicidas y pensamientos negativos en general, un

---

aumento en su autoestima y la capacidad de centrarse en identificar en cada momento lo que está sucediendo tanto interna como externamente, o, lo que es lo mismo, la exploración de su experiencia interna. En este sentido, el terapeuta también señala la capacidad de introspección y experimentación de sus emociones.

### 6.4.1.3. Cambios conductuales

En la lista de cambios la consultante no enumera ningún cambio de tipo conductual, pero al preguntarle específicamente sobre su comportamiento, la consultante expresa sentirse más honesta hacia los demás, ya que cree que el ser sincera consigo misma puede verse reflejado en su relación con los demás:

I: ¿Ha cambiado tu manera de actuar? ¿Crees que te comportas diferente?

P: Pues... No sé, puede que sí. Pues ahora estoy más tranquila, y soy un poquito más honesta.

I: Ajá, para con los demás.

P: Pues es que yo lo siento, yo creo que puedo transmitirlo. Es más como que estoy tranquila con mi propio ser, entonces me siento como aceptándome y creo que la gente lo percibe, pues no sé.

Desde el terapeuta, en cuanto a los cambios a nivel comportamental, señala cambios en el mismo sentido que la consultante, es decir, sobre sus relaciones interpersonales. Según el terapeuta, a medida que la consultante fue sintiéndose aceptada y acogida en el vínculo terapéutico, fue capaz de trasladar este tipo de vínculo a sus relaciones interpersonales:

I: ¿Y en su manera de actuar? De comportarse ¿viste o puedes percibir algún cambio?

T: Eh, de comportarse, de actuar ¿en la vida o acá?

I: Un poco en general.

T: En general. En general porque para hablar un poco de la vida tendré que remitirme a lo que ya me decía específicamente, pero, por ejemplo, el tema de trabajo era algo que la

---

movilizaba mucho por la labor que ella hace y sin embargo me empezaba a decir que ella estaba mucho más tranquila con los vínculos en el trabajo, por ejemplo había una compañera de trabajo con la que no podía estar ni un minuto y ya ella empezaba a tolerar porque era parte de su proceso y donde ella se empezaba a mirar ella misma a través del otro, entonces sigo con esto del vínculo, de la relación, porque en la medida que ella fue sintiéndose aceptada, acogida y sin ningún tipo de crítica ella suelta un poco la corporeidad ¿sí? Y esa manera se permite el vínculo tanto acá por el permiso que se da y allá afuera, sí, en los vínculos que puede establecer en el entorno, con su... ah, y una vez, por ejemplo, trabajamos con el hermano, en estos momentos, por ejemplo, ella está viviendo con su pareja, ya se separó de su hermano, entonces eso da la pauta de que aunque ha sido duro separarse de su "gemela", muy entrecomillas, su siamesa, como ella decía fue un proceso súper favorecedor porque ella no está en función del otro y empieza confiar un poco en sí misma, entonces el tema de los vínculos para mí es lo más impresionante en este proceso.

Como conclusión, se puede afirmar que los cambios comportamentales de la consultante han estado relacionados con el cambio en sus vínculos interpersonales familiares y laborales.

#### **6.4.1.4. Cambios emocionales**

En la entrevista final, cuando se le pide que enumere libremente los cambios percibidos tras el proceso terapéutico para elaborar la lista de cambios, la consultante enumera espontáneamente la estabilidad emocional, lo cual era precisamente uno de sus motivos de consulta. Por otro lado, al preguntar por los cambios percibidos específicamente en el ámbito de las emociones, la consultante admite poder darse el permiso de sentirlas tras el proceso terapéutico, lo que conversa precisamente con la capacidad para identificar y aceptar sus emociones. Por otro lado, este cambio en lo emocional también repercute en sus relaciones interpersonales, donde puede sentirse más auténtica al expresar sus emociones, o como ella lo nombra, se puede mostrar débil y triste ante los demás:

I: Ajá... y siguiendo en esta pregunta, ¿Ha cambiado algo más en tu manera de sentir o en tus emociones?

P: Si, si han cambiado varias cosas. Creo que ahora puedo mostrarme triste y también débil, como que puedo hacerlo sin miedo, y tampoco como con ganas de satisfacer a nadie, pues es como... Ya... Sintiéndome así, no puedo hacer nada, eso es todo.

I: Ajá... O sea, te puedes mostrar, o te das el permiso de sentirte así.

P: Si, pues me doy el permiso como de sentir.

I: O sea, crees que ahora te puedes sentir así, y antes no te podías sentir así.

P: Ajá. Antes yo era la fuerte todo el tiempo, la que sonreía, la que solucionaba todos los problemas todo el tiempo y ya, pues todavía lo hago porque tengo un talento especial. (Risas)

I: (Risas)

P: Pero ya es como más... o sea, sin esperar reacciones ajenas a mí, o sin esperar que al otro le guste, no, lo hago porque a mí me gusta hacerlo.

Sobre los cambios a nivel emocional, el terapeuta en la entrevista final resalta los cambios de la consultante respecto a la regulación o gestión emocional. De esta forma, mientras en un principio la consultante trataba de “controlar” sus emociones a través de la evitación de las mismas, tras el proceso terapéutico es capaz de experimentar y aceptar sus emociones:

I: ¿Cómo crees que ha cambiado su manera de procesar, tomar conciencia de sus emociones, regularlas? Pues en cuanto a lo emocional.

T: Siempre yo hablaba con ella de no controlar, no se trata de eso, nosotros no controlamos las emociones, sino más bien de gestionarlas y para gestionarlas hay un primer paso que es la conciencia ¿sí? ¿Cómo percibo yo mi cuerpo frente a estas sensaciones? Cuando hablo de cuerpo no sólo hablo del cuerpo físico, si no la sensación, percepción y todo lo demás, entonces inicialmente cuando ella se da el permiso, se da el permiso a su vez de sentir esas emociones y de, alguna manera, catalogarlas como agradable o desagradable ¿sí? Que era una pregunta que yo frecuentemente le hacía, si lo que sentía era agradable o no tan agradable y frente a ese proceso de conciencia ¿qué voy hacer con eso?, Ella generalmente

lo que decía era "me voy a dar el permiso de sentirlo" en un pensamiento muy catastrófico siempre, cada vez que venía alguna sintomatología asociada a la ansiedad, ella decía "me voy a caer, me van a pisar", muy catastrófico.

I: Algún recuerdo o un día en especial...

T: Sí, entonces era como que "me permito todo esto, lo siento en el aquí y el ahora sin irme tanto de ese pensamiento catastrófico" ¿no? Tampoco pasar por lo romántico de que "ah, no, esto no me va a pasar", sino ser consciente de lo que efectivamente está pasando en su entorno y dentro de sí, entonces eso, el procesamiento en la medida en que ella, el procesamiento, no, gestión, en que ella percibe, lo cataloga, le da un nombre a eso y en particular y además se permite sentirlo con el cuestionamiento que eso implicaba, con el riesgo.

Como conclusión, se puede afirmar que la consultante ha tenido cambios a nivel emocional en el sentido de la capacidad para vivenciar, procesar y aceptar sus emociones respecto a sí misma y a lo que acontece en su entorno.

#### **6.4.1.5. Cambios corporales**

Sobre los cambios corporales, aunque no se le pregunta específicamente acerca de este aspecto, en el comienzo de la entrevista lo primero que relata la consultante es un cambio físico en cuanto a la disminución del acné, que ella misma relaciona con el proceso terapéutico y con la desaparición de la somatización:

P: Sí, bastante. Imagínate que yo entré con un acné impresionante.

I: ¿Acné?

P: Ajá... Entonces yo, después de un momento a otro, como que empecé a sentirme muy conectada con la vida y empecé a sentir a Dios dentro de mí, pero pues dándole como un significado propio que es estar conectada con la vida, y de un momento a otro me empezaron a desaparecer como los granos y pues ahora tengo la piel mejor, y que, o sea de salud ya logro como reconocer cuándo estoy muy mal.

I: Ajá...

Por otro lado, en la lista de cambios, enumera el “contacto con su cuerpo” y de nuevo la “somatización”. Siendo así, se puede concluir que la consultante percibe cambios a nivel corporal en sentido de una menor somatización y una mayor autopercepción corporal.

#### 6.4.1.6. Agrupación de efectos percibidos por la consultante

Así, con base en la anterior lista de cambios percibidos por la consultante y las preguntas específicas acerca de los cambios a nivel cognitivo, emocional y conductual, se conforman las categorías de los efectos percibidos a nivel cognitivo, lo emocional, lo conductual y corporal, las cuales se resumen a continuación (Ver tabla 5):

**Tabla 5**

*Lista de Cambios Derivados de la Psicoterapia Percibidos según la Consultante*

Cambios cognitivos	Cambios conductuales	Cambios emocionales	Cambios corporales
Autenticidad	Vínculos interpersonales	Vivenciar emociones	Disminución de la somatización
Amor propio o autoestima		Procesar emociones	Mayor autopercepción
Autoconocimiento		Aceptar emociones	
Hablar consigo misma			
Desaparición de pensamientos suicidas y pensamientos negativos			
Exploración de su experiencia interna			

De esta forma, a nivel cognitivo, primeramente, la consultante enumera cambios acerca de su autenticidad, su amor propio, su autoconocimiento y el hablar consigo misma. También hace



---

referencia a la desaparición de pensamientos suicidas y pensamientos negativos en general, un aumento en su autoestima y la capacidad de centrarse en identificar en cada momento lo que está sucediendo tanto interna como externamente, o, lo que es lo mismo, la exploración de su experiencia interna.

A nivel conductual, la consultante no enumera nada libremente, pero al preguntarle específicamente sobre los cambios a este nivel, menciona el cambio en sus vínculos interpersonales familiares y laborales.

A nivel emocional, se puede afirmar que la consultante ha tenido efectos a nivel emocional en el sentido de la capacidad para vivenciar, procesar y aceptar sus emociones respecto a sí misma y a lo que acontece en su entorno.

Por último, a nivel corporal se puede concluir que la consultante percibe cambios a nivel corporal en sentido de una menor somatización y una mayor autopercepción corporal.

#### **6.4.1.7. Diferencias y similitudes entre la valoración de la consultante y el terapeuta en los efectos percibidos**

En cuanto a los cambios en la esfera de lo cognitivo, el terapeuta y la consultante hacen claramente referencia a la capacidad de preguntarse y cuestionar acerca de sus sentimientos y emociones y de lo que sucede externamente, lo que ha derivado en un diálogo interno más positivo por parte de la consultante. Sin embargo, la consultante hace referencia a la desaparición de pensamientos negativos mientras que el terapeuta no lo hace.

En la esfera de lo emocional, definitivamente ambos mencionan la identificación, expresión y regulación emocional como el cambio más evidente en este proceso. En cuanto a lo comportamental, también ambos reportan una mejora en la calidad de las relaciones interpersonales.

En la lista de cambios, los cambios que nombra el terapeuta hacen referencia al campo emocional, desde la identificación, y la expresión hasta la gestión o regulación emocional. La consultante, respecto a lo emocional nombra la proyección/estabilidad, que tiene que ver con la regulación emocional y, en otro sentido, nombra el hablar consigo misma con claridad. Es

---

importante mencionar que el terapeuta hace alusión a la conciencia, por su lado, la consultante también hace mención a este cambio como “contacto corporal”.

Por su lado, la consultante nombra otros cambios que el terapeuta no nombra en ese momento, que tienen que ver con el autoconocimiento, la autoestima (amor propio), la autenticidad y la somatización. Por su lado, el terapeuta nombra la alianza terapéutica, a lo cual la consultante no hace alusión.

#### ***6.4.2. Efectos Observados en la Aplicación de Pruebas Pretest-Postest***

En este apartado se exponen los resultados obtenidos en las escalas IDER, STAI, Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y GHQ-12, las cuales fueron las escalas escogidas para su correspondiente aplicación y análisis en el presente trabajo de investigación. A su vez, se comparan con estudios de validación de las mencionadas escalas con población colombiana.

Siendo así, comenzando con el IDER, este es un instrumento que mide el componente afectivo y cognitivo de la depresión. En este sentido mide tanto la *eutimia*, refiriéndose a la ausencia de afectividad positiva, como la *distimia*, o lo que es lo mismo, la presencia de afectividad negativa. Es importante señalar que para los autores del instrumento, el rasgo consiste en la “predisposición relativamente estable a responder de una determinada manera a las situaciones particulares y puntuales, mientras que el estado haría referencia a las condiciones emocionales o mentales transitorias” (Agudelo et al., 2005, p.8). Así, a continuación se presentan las puntuaciones de la participante en el IDER (Ver Tabla 6):

**Tabla 6***Resultado del IDER en Pretest y Postest*

Subescala	Pretest	Postest	Cambio
Rasgo/Distimia	8/20	8/20	0/20
Rasgo /Eutimia	14/20	11/20	3/20
Total Rasgo	22/40	19/40	3/20
Estado/Distimia	9/20	5/20	4/20
Estado/Eutimia	15/20	12/20	3/20
Total Estado	24/40	17/40	7/20

Los datos para comparación se toman del estudio sobre las propiedades psicométricas del IDER por parte de Agudelo et al. (2014), el cual se realizó con una muestra de población general colombiana (N=1073), de la cual el 56.5% eran mujeres y el 43,5% hombres.

De esta manera, sobre la subescala Rasgo/Distimia, que hace referencia a la presencia frecuente de afectividad negativa, se observa la misma puntuación en la consultante en el pretest que en el postest, siendo la puntuación obtenida de 8, por lo que no hubo un cambio durante el proceso terapéutico. Por otro lado, la media de la población colombiana en esta subescala es de 7,38 y la desviación típica 2,33, lo que representa una puntuación de Rasgo/Distimia ligeramente superior a la media, concretamente 0,62 puntos superior, la cual se sitúa dentro del rango promedio. Por lo tanto, se puede decir que tanto al comenzar como al finalizar el proceso terapéutico, la participante del presente estudio presentaba un nivel de distimia en el rango de la normalidad respecto a la población colombiana.

En la subescala Rasgo/Eutimia, lo que tiene que ver con la ausencia frecuente de afectividad positiva, la participante en el presente estudio presentó una puntuación de 14 en el pretest y 11 en el postest, por lo que esta puntuación disminuyó 3 puntos durante el proceso. Así, se puede denotar que la consultante presenta una mayor presencia de afectividad positiva al terminar el proceso terapéutico respecto del comienzo. Por otro lado, se observa que la población colombiana presenta una media de 8,72 y una desviación típica de 2,99, lo que indica que el cambio en este sentido ha sido significativo, puesto que en el comienzo del proceso la consultante estaba más de una desviación típica por encima de la media, mientras que al finalizar la terapia se encuentra en el

---

rango de la media, lo que implica que la consultante pasa a tener un rango de afectividad positiva dentro del rango de la media de la población colombiana.. Por tanto, tras el tratamiento, vemos una mejora respecto a la ausencia de afectividad positiva, o, lo que es lo mismo, tras el proceso la consultante presenta mayor afectividad positiva.

Así, en el total de la subescala Rasgo, la consultante presenta una puntuación de 22 en el pretest y 19 en el postest (3 puntos de diferencia), mientras que la media de la población es de 16,08 con una desviación típica de 4,53, lo que indica un cambio significativo respecto a la media, puesto que al comenzar el proceso la consultante se hallaba más de una desviación típica por encima de la media, mientras que al final se encuentra dentro del rango de los valores de la media. Al respecto, se puede concluir que la consultante ha sufrido una disminución en cuanto a su predisposición a presentar eutimia, ya que los cambios generales de la subescala rasgo se deben únicamente a la disminución de la eutimia al no haber cambios respecto a la distimia.

Respecto a la subescala Estado/Distimia, por su parte, la participante presentaba un valor de 9 en la medición pretest y una puntuación de 5 en la medición postest, con una diferencia de 4 puntos entre ambas mediciones. Por otro lado, la media de la población colombiana para esta subescala es de 6,75, y la desviación típica de 2,21. Siendo así, la consultante está 0,03 puntos sobre la primera desviación típica de la media, por lo que está próxima al límite superior del rango normal. Por otro lado, al finalizar el proceso terapéutico, presentaba valores incluso inferiores a la media pero dentro del rango normal de la misma. Así, se puede concluir que, aunque ha habido una disminución entre las puntuaciones en el pre-test y postest en Estado/Distimia, ambas se han mantenido prácticamente en el rango de la media.

Por su parte, en la subescala Estado/Eutimia, la participante presentaba una puntuación de 15 en la medición pretest y de 12 en la medición postest, lo que indica 3 puntos de diferencia. En este sentido, la media de la población colombiana en esta subescala es de 9,59 con una desviación típica de 3,40. En este caso, al comenzar el proceso la consultante se hallaba casi 2 desviaciones típicas por encima de la media, mientras que al finalizar la terapia, la puntuación se encuentra dentro del rango normal respecto a la media. Así, se puede concluir que la disminución de la puntuación en la escala Eutimia/Estado es significativa respecto a la media de la población colombiana, indicando esto que ha habido un cambio significativo en cuanto al aumento de la afectividad positiva de la consultante.

Sobre la puntuación total de la subescala Estado la consultante presentaba en el pretest una puntuación de 24, mientras que en el postest la puntuación era de 17, es decir, el cambio fue de 7 puntos. Al respecto de la población colombiana, cuya media en esta subescala era de 16,32 con una desviación típica de 4,86, la consultante en la medición pretest se encontraba más de una desviación típica por encima de la media, mientras que en la medición postest se encuentra dentro de los valores de la media.

Siendo así, se concluye que la consultante presenta efectos significativos respecto a sus estados transitorios emocionales o mentales de ausencia de afectividad positiva, así como sobre su predisposición a padecerlos. Por otro lado, la participante del presente estudio no muestra problemas significativos respecto a su afectividad negativa, y aunque sus puntuaciones disminuyen tanto en las puntuaciones del pre-test, como del pos-test, se mantienen dentro del rango de la normalidad.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la escala STAI, la cual es la escala que se utiliza en el presente estudio para evaluar Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo (Ver Tabla 7):

**Tabla 7**

Resultado del STAI en Pretest y Postest.

Subescala	Pretest	Postest	Cambio
Ansiedad Estado	29/60	17/60	12/60
Ansiedad Rasgo	27/60	25/60	2/60

A partir de aquí, se describirán los resultados de la participante del presente estudio en la escala STAI en comparación con los obtenidos por Agudelo et al. (2008), en una muestra de 259 estudiantes universitarios colombianos, 227 mujeres y 32 hombres. Esta escala evalúa la ansiedad como Estado haciendo referencia a un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Por otro lado evalúa la ansiedad como Rasgo, lo cual señala una propensión

---

ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras (Buela et al., 2015).

En cuanto a la subescala Ansiedad Estado, la consultante presenta una puntuación de 29 en el pretest, mientras que al finalizar la puntuación es de 17, por lo que disminuye 12 puntos respecto al pretest. Sobre la muestra de estudiantes del estudio de Agudelo et al. (2008), ésta presentó una media de 17,26 y una desviación típica 10,83, por lo que la puntuación de la participante en el pretest se halla más de una desviación típica por encima de la media, pudiéndose denotar además que la muestra del estudio mencionado presenta una alta variabilidad. En el postest, por el contrario, su puntuación está dentro del rango de la media, incluso con un valor similar a ésta. De esta forma, se puede afirmar que hubo en la consultante una disminución significativa en sus emociones y estados transitorios vinculados a la ansiedad en comparación con los datos obtenidos por Agudelo et al. (2008) en población universitaria colombiana.

Sobre la subescala Ansiedad Rasgo, la consultante presenta una puntuación de 27 en el pretest, mientras que en el postest la puntuación es de 25, por lo que se denota una disminución de 2 puntos. En este sentido, sobre la población universitaria estudiada por Agudelo et al. (2008), ésta presentaba una media de 19,34 con una desviación típica de 9,83 para esta subescala, por lo que la participante del presente estudio en ambos casos presentó puntuaciones dentro del rango de la media, aunque con altos valores. Por lo tanto, se puede afirmar que la consultante presenta valores dentro del rango de la normalidad respecto a la población universitaria estudiada por Agudelo et al. (2008), y que no presentó cambios significativos durante el proceso terapéutico respecto a la tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

Con todo, se puede concluir que la consultante no presenta, ni al comenzar ni al finalizar el proceso terapéutico, un rasgo o propensión a la ansiedad, mientras que sí muestra un alto estado de ansiedad, o lo que es lo mismo, un alto grado de emociones y estados mentales relacionados con la ansiedad al comenzar el proceso terapéutico, los cuales disminuyen a lo largo de éste.

Tras la presentación de los resultados obtenidos mediante indicadores de salud mental desde una perspectiva psicopatológica (depresión y ansiedad), se exponen los resultados de la participante en indicadores de salud mental desde una perspectiva salutogénica y funcional. En primer lugar, se presentan las puntuaciones pretest y postest obtenidas por la participante en la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Ver Tabla 8):

**Tabla 8**

Resultado de Escala de Bienestar Psicológico Ryff en Pretest y Postest.

Subescala	Pretest	Postest	Cambio
Autoaceptación	2,83/6	3,66/6	0,83/6
Relaciones positivas	4,5/6	5,5/6	1/6
Autonomía	3,75/6	4,12/6	0,37/6
Dominio del entorno	3,5/6	4,66/6	1,16/6
Propósito en la vida	3,33/6	4,83/6	1,5/6
Crecimiento personal	4,57/6	5,85/6	1,28/6

La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff supone un modelo multidimensional de evaluación del bienestar psicológico (Pineda et al., 2017). En este sentido, captura los aspectos del funcionamiento humano más propensos a conducir hacia la adaptación y las experiencias positivas (Ryan y Deci, 2001). En este caso, se comparan las puntuaciones obtenidas en el presente estudio con los resultados hallados por Pineda et al. (2017) en su estudio en población joven colombiana. El estudio contó con la participación de 727 personas voluntarias, 413 mujeres (56.8%) y 314 hombres (43.2%).

Sobre la subescala de Autoaceptación, o la capacidad de una persona para sentirse bien consigo misma, aun siendo consciente de sus propias limitaciones (Ryff, 1989), la consultante presenta una puntuación en el pretest de 2,83 y en el postest de 3,66, por lo que aumenta en 0,83 puntos en el transcurso del proceso. Por otro lado, según los datos obtenidos Pineda et al. (2017) sobre los adultos jóvenes colombianos, cuya media es de 4,52 con una desviación típica de 0,82, la puntuación de la consultante antes de comenzar se halla dos desviaciones típicas por debajo del rango la media (a 0,05 puntos de diferencia), mientras que al finalizar se encuentra una desviación típica por debajo del rango de la media, aunque muy cerca del límite, ya que se encuentra 0,04 puntos de diferencia respecto al rango de la media. Por lo tanto, se puede concluir que el aumento en la capacidad de la consultante para sentirse bien consigo misma ha sido significativo.

---

En cuanto a la subescala de Relaciones Positivas, la cual mide la percepción de las propias relaciones sociales como estables, positivas, y de confianza (Ryff, 1989), la consultante en el pretest presenta una puntuación de 4,5, mientras que en el posttest es de 5,5, por lo que el cambio durante el proceso es de 1 punto. Respecto a los adultos jóvenes colombianos, cuya media en esta subescala es de 4,06 con una desviación típica de 0,74, la consultante, en la realización del pretest se encuentra dentro del rango de la media, mientras que en el posttest se encuentra dos desviaciones típicas por encima de la media. Siendo así, la consultante presenta un cambio significativo en cuanto a la percepción de sus relaciones sociales como positivas y de confianza, aunque nunca estuvo por debajo de la media de la población adulta joven colombiana, por lo que este aspecto nunca fue problemático para ella de partida.

Sobre la subescala de Autonomía, la cual es definida como la capacidad de una persona de definir y autorregular su propio comportamiento (Ryff, 1989), la consultante obtuvo una puntuación de 3,75 en el pretest y 4,12 en el posttest, con 0,37 puntos de diferencia. Por otro lado, respecto a la población de adultos jóvenes colombiana, cuya media es de 4,26 con una desviación típica de 0,77, no ha habido un cambio significativo en este sentido, cabiendo anotar que la consultante, tanto al comenzar como al finalizar el proceso, se encontraba dentro del rango de la media.

En cuanto a la subescala de Dominio del Entorno, relacionada con la habilidad para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y las necesidades propias (Ryff, 1989), la participante en este estudio presentó una puntuación de 3,5 en el pretest y de 4,66 en el posttest, con 1,16 puntos de diferencia entre ambas mediciones. Por otro lado, la media de adultos jóvenes colombianos presenta una media de 4,57 con una desviación típica de 0,78, lo que indica que la puntuación de la participante de este estudio en la medición pretest estaba una desviación típica por debajo de la media mientras que en el posttest estaba dentro del rango de la normalidad. Con esto, se puede afirmar que la consultante ha sufrido un aumento significativo respecto a la habilidad para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y las necesidades propias.

En la subescala de Propósito en la Vida, que hace referencia a la capacidad de la persona de definir una serie de objetivos que le permiten dotar a su vida de cierto sentido (Ryff, 1989), la consultante en el pretest presentaba una puntuación de 3,33 y en el posttest de 4,83, con un cambio de 1,5 puntos en este sentido. Por otro lado, la media de la población adulta joven colombiana



---

revela una media de 4,87 y una desviación típica de 0,84, lo que quiere decir que la consultante presenta un cambio significativo en este sentido, puesto que al comenzar el proceso terapéutico su puntuación se hallaba más de una desviación típica por debajo de la media mientras que al finalizar la puntuación se encontraba en el rango de la normalidad. En este sentido, se puede afirmar que tras el proceso terapéutico la consultante aumenta significativamente su capacidad para definir una serie de objetivos que le permiten dotar a su vida de cierto sentido.

Con respecto a la subescala de Crecimiento Personal, que es definida como la motivación por desarrollar las potencialidades y capacidades personales (Ryff, 1989), la participante en este estudio presentaba una puntuación en el pretest de 4,57 y de 5,85 en el posttest, con una diferencia de 1,28 puntos. Por su parte, la población de adultos jóvenes colombianos exhibe una media de 4,72 con una desviación típica de 0,71, por lo que se denota que la consultante al comenzar estaba en el rango de la media y al finalizar estaba más de una desviación típica por encima de la media. Así, se puede afirmar que la consultante sufre un cambio en cuanto a su motivación por desarrollar sus potencialidades y capacidades personales, aunque este aspecto no era problemático desde el comienzo puesto que su puntuación se encontraba en el rango de la media.

Como conclusión final se puede apreciar que ha habido algunos cambios significativos respecto al bienestar psicológico de la participante de este estudio, los cuales, debido al diseño del presente trabajo de investigación, con medidas pre y post tratamiento, se pueden considerar efectos terapéuticos. En sí, se observan efectos significativos del proceso frente a su autoaceptación, la percepción de sus relaciones sociales como positivas, su dominio del entorno, su propósito de vida y su crecimiento personal. Por el contrario, no se hallan cambios significativos en cuanto a su autonomía.

Sin embargo, sobre los cambios significativos cabe destacar que en dos de las subescalas, en concreto la de propósito en la vida y dominio del entorno, la consultante presentaba una puntuación una o más desviaciones típicas por debajo de la media, y tras el proceso se encuentra dentro del rango de la normalidad. Por otro lado, en el caso de la autoaceptación, la puntuación de la consultante se hallaba dos desviaciones típicas por debajo de la media, mientras que al final se encontraba a 0,04 puntos de diferencia del rango de la media. Por último, en cuanto a las relaciones positivas y el crecimiento personal, el cambio ha sido significativo pasando de estar en el rango de la media a estar una desviación típica o más por encima de la media.

Por último, se presentan los puntajes totales pre y post tratamiento obtenidos por la participante en la escala GHQ-12 (Ver Tabla 9), la última de las cuatro escalas aplicadas para la medición de indicadores de salud mental en el estudio.

**Tabla 9**

Resultado de GHQ-12 en Pretest y Postest

Subescala	Pretest	Postest	Cambio
Salud mental	14/36	27/36	13/36

La escala GHQ-12 es un cuestionario general de salud que ha demostrado ser una herramienta efectiva para la valoración de la salud mental y mide tanto la percepción de incapacidad para funcionar desde el punto de vista psíquico a nivel “normal” como la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico (Villa et al. 2013). Para el presente estudio, se compararon los resultados obtenidos por la consultante con los obtenidos precisamente por Villa et al. (2013), quienes estudiaron las propiedades psicométricas de este instrumento para su validación en 85 pacientes mayores de edad del Hospital General de Medellín. Así, en este estudio se obtuvo para la escala un puntaje promedio de 17.21 y una desviación de 6.77.

Respecto a los puntajes obtenidos por la participante del presente estudio, ésta fue de 14 en la medición pretest, lo que indica que su puntuación se encontraba dentro del rango de la normalidad. Sin embargo, en la medición postest, la puntuación fue de 27 con un cambio de 13 puntos entre el pretest y el postest. Siendo así, al finalizar el proceso, la consultante estaba más de una desviación típica por encima de la media; de hecho, casi alcanzaba las dos desviaciones típicas por encima de la puntuación de la media. De esta manera, se puede afirmar que la consultante cambió significativamente en cuanto a la percepción de su capacidad para funcionar desde el punto de vista psíquico a nivel “normal” y se redujo la aparición de nuevos fenómenos de malestar físico.

Como conclusión final sobre los efectos observados a partir de los puntajes obtenidos en las diversas escalas de salud mental, se puede decir que la consultante se hallaba una o más desviaciones típicas por debajo en varios aspectos, como la Eutimia/Rasgo y la Eutimia Estado en el la escala IDER y en la Ansiedad Estado del STAI, lo que permite deducir que la consultante

---

presentaba dificultades en cuanto a la ausencia de afectividad positiva tanto en Estado como en Rasgo, así como en cuanto a su estado de ansiedad. Por otro lado, lo mismo sucede con la autoaceptación, el dominio del entorno y el propósito en la vida en la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y, por último, en su salud mental en general según el GHQ-12. Cabe destacar, que tras el proceso terapéutico la consultante muestra cambios significativos en todos ellos.

Por otro lado, hay aspectos analizados en los que en el pretest se situaban dentro del rango de la media y que mejoran significativamente al final del tratamiento, ubicándose sus puntuaciones una o más desviaciones típicas por encima de la media al finalizar el proceso, como son las subescalas de relaciones positivas y crecimiento personal en la escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

Por otro lado, hay otros aspectos en los que la consultante no ha sufrido cambios significativos, aunque cabe anotar que en todos ellos sus puntuaciones se encontraban en el rango de la media al comenzar el proceso. Entre ellos están las subescalas del IDER de Rasgo/Distimia y Estado/Distimia, lo que indica que la consultante nunca tuvo problemas significativos en cuanto a su afectividad negativa atendiendo a los resultados de la escala, al igual que la Ansiedad Rasgo, cuyas puntuaciones al comenzar y al terminar se encontraban dentro del rango de la media. Esto, por su parte, también deja ver que la consultante no presenta un problema de ansiedad en general si no un alto estado de ansiedad al comenzar, como indica la puntuación de la subescala Ansiedad Estado del STAI, en la que sí se observaron cambios significativos. Por último, esto también sucede en la subescala de Autonomía en la Escala de Bienestar Subjetivo de Ryff, cuyas puntuaciones se encontraban en el rango de la media tanto al comenzar como al finalizar el proceso, sin cambios significativos reportados.

### **6.5. Relación entre Efectos Terapéuticos Percibidos, Efectos Observados y Procesos de Cambio**

En este apartado se expone la relación entre los efectos percibidos nombrados en la entrevista final de cambio por la consultante y el terapeuta, los efectos observados encontrados en la aplicación de pruebas psicométricas pre-test/postest, y los procesos de cambio encontrados durante el transcurso y las sesiones a nivel de convergencia y divergencia.

---

Primeramente, sobre los efectos a nivel cognitivo, el cambio reportado por la consultante como “autenticidad” se puede relacionar con el proceso de cambio denominado *de la negación y la máscara a la verdad y el reconocimiento de sí misma*, a través del cual la consultante comienza a aceptarse, lo cual converge con las mejorías observadas en la subescala de Autoaceptación de Ryff la cual hace referencia al conocimiento y aprobación de las fortalezas y debilidades individuales. Esta escala también incluye ítems sobre autovaloración, (p.ej el 7, 19, 31), lo cual se relaciona con la mención del efecto percibido de la consultante como “amor propio”, y el proceso de cambio observado “de la autovaloración negativa a la autovaloración positiva”. Por otro lado, la consultante refiere que la mayor aceptación y reconocimiento de sí misma implicó cambios respecto a comportarse de manera genuina, lo que se corresponde con incrementos en algunos ítems de la subescala de Autonomía (capacidad de definir y autorregular el propio comportamiento), aunque no con otros ítems de esta subescala que se asocian más a situaciones de conflicto interpersonal.

Respecto a otros efectos percibidos por la consultante a nivel cognitivo, tales como “hablar consigo misma”, la “capacidad de permanecer en contacto con su experiencia interna” y el “autoconocimiento”, coinciden con la importante subcategoría de “exploración de experiencia interna” dentro del análisis de los procesos de cambio, y a su vez, se pueden relacionar con la subescala de Autoaceptación de Ryff en el sentido de trabajar por descubrir de forma apropiada y detallada nuestras acciones, motivaciones y emociones. Sin embargo, el cambio percibido “desaparición de los pensamientos suicidas y pensamientos negativos” no se relaciona con ninguna de las pruebas psicométricas ni procesos de cambio.

Otro de los efectos percibidos por parte de la consultante que se considera en el campo de lo emocional es la proyección/estabilidad, con lo que se refiere a su capacidad para sentirse estable, definir y autorregular su propio comportamiento y proyectarse. Este efecto percibido, en concreto el de la estabilidad se relaciona específicamente con uno de los ítems (19) del instrumento STAI en la subescala de Ansiedad Rasgo, el cual dice específicamente: “Soy una persona estable”. Aunque el efecto en la subescala Ansiedad Rasgo no ha sido significativo en el caso objeto de estudio respecto a la población colombiana, se observa en este ítem un cambio altamente significativo, puesto que en una escala Likert de 0 a 3 en el pretest puntúa 0 en este ítem y en el posttest puntúa 3.

---

A su vez, este efecto percibido de “proyección/estabilidad” se relaciona con el efecto observado en la subescala de propósito en la vida de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. En este sentido, la subescala de propósito en la vida se refiere a la capacidad de marcarse metas y definir una serie de objetivos que permitan dotar a su vida de un cierto sentido, generando satisfacción de la persona respecto a su vida (Díaz et al., 2006). Se puede afirmar por este lado, que este efecto tanto observado como percibido coincide con el proceso de cambio de “cambios en la actitud frente a sus emociones y capacidad de modulación”.

Sobre la mejora de las relaciones interpersonales, lo cual la consultante también reporta como efecto percibido, se relaciona también con el efecto observado en la subescala sobre las relaciones positivas en la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, la cual se refiere a la capacidad de mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que se confíe. (Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno y Gallardo, 2006). Esto también se ve reflejado por su lado en el proceso de cambio “de la búsqueda de aprobación a las relaciones genuinas”

Por último, la consultante nombra dos efectos percibidos respecto a su cuerpo, que son la somatización/conciencia corporal y el contacto corporal, sobre lo cual no se encuentran referencias en las escalas seleccionadas para el análisis de los efectos. Por otro lado, tampoco se encuentra en los efectos observados ni percibidos ninguna alusión al proceso de cambio “generación y aplicación de nuevos recursos de afrontamiento”.

## **6.6. Factores Moduladores del Proceso Terapéutico**

A partir de los hallazgos de las entrevistas de cambio, emergieron nuevas categorías asociadas a factores del proceso terapéutico que, en opinión de los participantes, modularon los procesos de cambio descritos previamente. Por tanto, en este apartado se expondrán los factores que, según la consultante y el propio terapeuta, facilitaron o modularon los procesos de cambio, a saber: la alianza terapéutica, los experimentos o técnicas experienciales y la motivación para el cambio de la propia consultante.

### ***6.6.1. Alianza Terapéutica***

---

Es importante resaltar que en terapia Gestalt, como en todas las terapias de corte humanista e incluso en la psicoterapia en general, el vínculo es una de las bases más importantes del cambio terapéutico. Así lo relata el terapeuta en la entrevista final de cambio, cuando nombra el vínculo como el factor más útil para el cambio, aunque también nombra como altamente importantes el trabajo sobre las emociones y las experiencias en terapia:

T: ¿Qué ha sido positivo?

I: Útil, en ese sentido también de los cambios.

T: Ah, útil para mí, no puedo dejar de nombrar esto, pero es del vínculo, sí, yo creo que es lo más.

I: El vínculo...

T: Es que he sido muy reiterativo, pero lo más importante es el vínculo, sí, lo más útil porque sin vínculo, sin alianza, no hay posibilidad de nada, entonces eso y el contacto que ya tiene con sus emociones y a través de las experiencias que ha tenido acá como ella puede pasarlo de la metáfora a lo concreto y lo real.

De hecho, el terapeuta nombra, como base del vínculo y aspecto esencial del mismo, la aceptación incondicional de la consultante. Al suponer el espacio terapéutico un espacio de aceptación, la consultante comienza a “mostrarse tal y como es” según el propio terapeuta:

I: Bueno, ¿me puedes contar un poco acerca de la evolución de la relación terapéutica?

T: La evolución, sí, yo creo que tuvimos una primera sesión exploratoria donde se hace el primer encuadre, donde por supuesto ahí no había vínculo, sin embargo se estaba fomentando ¿no? ¿Cómo se fomenta? A través de un espacio de total aceptación frente a las situaciones, eh, porque eran muy duras, o sea comportamiento suicida, no saber qué hacer de su vida y eso pudiera angustiar terapeuta, a mí eso ya no me angustia, me sorprende, sí, pero no me angustia como antes, entonces darle aceptación total a eso y la consecución de ese vínculo se fue dando en la medida en que yo me fui mostrando natural para ella, y ella se daba el permiso de que bajaron las defensas y mostrarse tal cual es, entonces hablar desde un proceso de cómo se fue dando, no, pero sí identificar

específicamente, pero, se siente y estoy seguro que ella también lo sintió por la calidad de respuestas que daba, la cantidad de información almacenada que daba.

Cabe resaltar, que en la entrevista final con la consultante, ella también nombra la alianza terapéutica como base para los logros, desde la confiabilidad que representaba para ella el terapeuta y lo asocia con la ausencia de juicios por su parte:

I: Vale, ¿Identificas algo particular de la terapia que pudo favorecer estos cambios?

P: Ay, la conexión con el terapeuta, él a mí me cayó muy bien.

I: ¿Como la relación?

P: Sí, él a mí me cayó súper bien y me parece es una persona confiable y no me juzgaba por reírme, ni por nada, al principio si le parecía raro, como: "parece ¿por qué te ríes?" Y él me lo preguntaba, me decía: "¿por qué te ríes?", y yo: "no, es que en serio me da muchísima risa porque en serio me da, me causa mucha gracia todo lo que estamos haciendo allá, pero ya, él a mí me parece una persona muy confiable.

### ***6.6.2. De los experimentos a la Responsabilización y a la Vida Cotidiana***

Al pedirle a la consultante durante la entrevista final que enumerara o nombrara las cosas que fueron útiles en terapia, además de la alianza terapéutica, la consultante comienza a nombrar algunas de las técnicas experienciales o experimentos que vivió en el transcurso de la terapia:

I: ¿Alguna cosa más en particular que te resultó útil en la terapia? Como que dijeras esta parte o el día que tal...

P: Por ejemplo, el día de la máscara, el día que me puse la máscara, ese día fue revelador para mí completamente, ese día ni siquiera terminamos y yo salí con unas ganas increíbles de matarme y yo "Dios mío, qué es esto", yo qué estrés. Yo salí colapsadísima y estaba pasando por mucha ansiedad y todo, y fue muy lindo ese día porque yo salí y me monte en la cicla y me iba así tra, tra, tra, iba súper desbocada, yo iba completamente desbocada, pero yo ese día yo entendí que no está mal estar así a veces, que igual tenemos el control, que yo

---

puedo tener el control sobre esa emoción, que voy a estar estallada, o sea yo me di el permiso de estar súper estallada, yo dije, bueno, yo voy a estar estallada y me voy a ir en la cicla a sacar toda la energía porque necesito como liberarme, como soltar todo esto, ese día fue muy especial porque fue como sentirse mal está bien, sentirse estallado está bien también.

Por lo tanto, se puede decir que las técnicas experienciales o experimentos fueron un elemento crucial en este proceso terapéutico según la propia consultante. Por parte del terapeuta, sobre el proceso de cambio derivado de los experimentos, se identifica el uso de elementos intermediarios que conectan a la consultante con su experiencia interna y facilitan la generación de una respuesta diferente, basada en sus necesidades y deseos personales:

I: ¿Podrías comentar acerca de cómo crees que era la experiencia y el nivel de contacto de la paciente en estos momentos?

T: Eh, la experiencia yo creo que pasa por varios niveles ¿no? Primero la creación, lo que acabo de decir, luego experiencia que tiene que ver con lo corporal y sensorial ¿sí? Me puedo quedar en silencio un tiempo y ahora mi cuerpo, mis sensaciones son lo que dan información que pasa por el campo de lo vital, de lo cognitivo y ella empieza a filtrar esa información y a darle otro nombre, es decir, quiero, no quiero, me gusta, no me gusta estas formas de contactarme son convenientes para mí o no y allí empezaba, bueno, me sale hablar de las capas de la neurosis, eh, pasa a la capa explosiva y en la capa explosiva sabemos que es la capa de la vida y la capa de la vida es poder hacer un contacto mucho más genuino con lo que ella desea, quiere y necesita, pero nadie le da una pauta, es decir el proceso lo va haciendo ella a través de unos elementos intermediarios que son telas, máscaras, cojines y todo lo demás y ella genera un nuevo ajuste por sí misma a través del contacto que tiene con esta realidad que veía muy lejano y muy abstracta psíquicamente y cuando se pone de forma concreta ¿sí? A través del contacto ella puede generar otra respuesta, que nadie se la cuente, eso es lo más importante, que nadie le dice qué hacer y cómo hacerlo, sino que ella lo va descubriendo y lo va reactualizando.



---

La misma consultante describe estas experiencias como “ponerse” al límite para poder después tomar responsabilidad y decidir sobre el asunto en cuestión:

I: ¿Cómo crees que estos ejercicios contribuyen a tus cambios generales? ¿Cómo fue ese proceso de pasar por esas experiencias y cambiar?

P: Eso fue ponerme al límite, eso fue como esforzarme para llevarme al límite de cierta forma y buscar un equilibrio, yo lo veo como así porque esos días fueron muy difíciles, June, fueron muy difíciles.

I: ¿Crees que ese fue como el proceso de cambio? O sea, llegar al límite para después.

P: Llegar a donde quisiera llegar, es eso como tomar una decisión y entonces qué quieres hacer con eso, eso fue, yo creo que eso fue, como mirá, háblate, si quieres estar muy estresada, hacéle, pero entonces tomá una decisión, qué quieres hacer con esa información y ya.

Además que, como ella misma lo menciona, estas experiencias que parten de la representación de vivencias de su vida cotidiana, después le permitían trasladar estos aprendizajes a sus vivencias día a día:

I: ¿Y esas experiencias te llevaban a ese caos, un equilibrio? ¿Cómo se relaciona esto con lo que hemos...?

P: A ver, estas experiencias hacían llevarme como a sentir esas cosas tan raras y a reconocerlas y aplicarlas, creo que así fue.

I: ¿Aplicarlas a qué te refieres?

P: A mi vida, "como ay, mira, pues, date cuenta ¿ya? Úsalo, úsalo y ya", eso era como lo que aprendía.

O este otro ejemplo de la entrevista, en el que reafirma los dos puntos anteriores, describiendo las técnicas experienciales o experimentos como momentos en los que explora su experiencia interna desde las emociones y el cuerpo, para luego trasladar esas vivencias su vida cotidiana:

I: Ok, volvamos atrás, yo creo que me has contado bastante porque si te preguntara ahora como un resumen de lo que hemos hablado, de qué manera se produjo el cambio durante esos ejercicios que me contaste ahí.

P: Hm ¿de qué manera se produjo el cambio en esos ejercicios? Para mi cerebro fue como apagar un poquito los pensamientos, pasar algo más como sentido, más desde el cuerpo y aprender a vivir así para aplicarlo todos los días, para aprender algo porque también creo que es como esforzar, con que uno, con que yo lo siento un día no es suficiente, tengo que sentirlo todos los días y esforzarme hasta normalizarlo y ya.

I: ¿Crees que aprendiste a mantener ese contacto de alguna manera en tu vida?

P: Sí, claro.

I: O sea, como mediante sus ejercicios llegabas a sentir más lo que estabas pensando, lo que estaban hablando, lo que estaban simbolizando y mantenías eso en tu vida, lo que te ayudaba a decidir.

P: Claro, lo que me ayudaba como saber qué es lo que me estaba haciendo decir bien y lo que no, lo que quería para mi vida y lo que no y ya.

De hecho, el terapeuta explica que para él, el proceso de traslado a la vida cotidiana de esos aprendizajes extraídos de los mencionados experimentos se da a través de un proceso de memoria corporal, en el que la consultante, cuando revive esas sensaciones y emociones en su vida cotidiana, recuerda también la decisión tomada durante el ejercicio sobre el tema en cuestión, generando una respuesta alternativa diferente a la habitual:

T: ¿En cuanto al nivel de qué?

I: De contacto, como ella sentirse contactada ¿crees que el proceso de cambio es diferente cuando es alto?

T: Ah, sí, cuando hay un alto contacto con ella misma, eh, sí, hay un proceso de cambio que va más allá del pensamiento, entonces queda la memoria corporal y cuando queda así en la memoria corporal ya ahí queda instalado de alguna manera, porque cuando ella empieza a sentir que está yendo al mismo lugar o al mismo espacio intrapsíquico que revivió en la

---

consulta mediante los elementos intermediarios es capaz de decir "no, aquí no quiero estar" y continúa haciendo su proceso de cambio porque está eso ya situado, entonces el alto contacto, ella misma la posibilidad de que se enfoca muchísimo más al proceso.

Cabe añadir, que las técnicas experienciales o experimentos de abordaje corporal, según el terapeuta, son las que más alto nivel de experiencia generaban en la consultante, y es que el *movimiento* es una de las estrategias de afrontamiento que ella rescata del proceso, como se verá más adelante.

I: ¿Crees que hay algunos eventos donde ella tuviera un alto nivel de experiencia? O sea no sólo como los que han sido significativos, si no como nombrar en cuáles crees que ella estaba como súper contactada de alguna manera.

T: Sí, ¿pero específicamente?

I: Si lo recuerdas específicamente o si no...

T: No, o sea es que era un proceso continuo donde todo el abordaje se podrá ver más específicamente en los vídeos, pero cuando yo propongo un abordaje más corporal es cuando veo que hay mayor contacto con ella misma y me da la posibilidad de generarlo.

De esta forma, a modo de conclusión, cabe enunciar que de alguna manera, esas técnicas experienciales o experimentos, a través de contactarse a profundidad con su emoción, ocuparon el lugar de una suerte de experimentos, a través de los cuales la consultante pudo ensayar nuevas respuestas, y después trasladar estos aprendizajes a su vida cotidiana. Según ella misma, eran una manera de ponerse al límite frente a un tema y tomar una decisión, lo que también favorece la responsabilización de la consultante.

### ***6.6.3. Motivación para el Cambio y Actitud Colaboradora***

Es importante añadir que la consultante atribuye los cambios generados durante el proceso terapéutico al "compromiso consigo misma", lo cual relaciona con su capacidad de identificar lo

---

que le sucede en sí misma a nivel emocional, cognitivo, corporal y comportamental, a las autovaloraciones positivas y a la mejora en la “relación consigo misma” en general:

I: ¿Qué crees que ha provocado estos cambios tanto fuera de terapia como dentro de la misma?

P: El compromiso. El compromiso conmigo misma.

I: El compromiso contigo.

P: Conmigo, claro. Porque, o sea, me cumplí, me estoy cumpliendo todos los días, y me digo cosas lindas y entonces me miro, y me hablo y yo bueno, hoy me pasa esto... como que logro identificar las cosas. O sea, ahora yo siento que la mejor relación que tengo es conmigo misma, y que me encanta estar conmigo, que me encanta dormir conmigo y hasta me abrazo... ay no (ríe). Y duermo disque abrazadita conmigo.

Entre los relatos que se encuentran durante el transcurso de las sesiones, es de alta importancia durante todo el proceso la *actitud colaboradora de la consultante*, así como la *motivación para el cambio y la expresión de confianza hacia el terapeuta*. La *actitud colaboradora* de la consultante se muestra a través de la disposición de la misma a seguir las indicaciones del terapeuta, lo cual muchas veces es acompañado de relatos de *confianza hacia el terapeuta*, por ejemplo en la tercera sesión (primera grabada):

T: ¿Verdad? Y no muestras lo que tú eres, por lo cual vamos a hacer algo.

P: ¿Qué vamos a hacer?

T: ¿Confías?

P: Si (mirando al terapeuta)

T: ¿Si? (Se levanta)

P: Si, ¿Qué vamos a hacer? (Se pone de nuevo en una postura erguida)

T: No, quédate allí. ¿Trajiste chaqueta?

P: Si

T: ¿La puedo usar?

P: Sí claro

T: Ok. Mira lo que vamos a hacer, yo te voy a dejar esto acá (Le deja las chaquetas)

P: Ajá.

En la entrevista final, la *actitud colaboradora* por parte de la consultante es algo que tanto la consultante como el terapeuta resaltan. Por ejemplo, en la entrevista final con la consultante:

I: ¿Crees que hay aspectos tuyos que pueden haber dificultado, entorpecido la terapia?

P: No, estaba súper dispuesta, no estaba súper dispuesta, yo iba y yo era como, bueno, hagámosle.

I: Aceptabas los retos, las experiencias.

P: Yo "vamos pues a hacerlo", me asustaba pero lo hacía.

El terapeuta, aunque agrega que en algunas ocasiones encontró "resistencias" por parte de la consultante, también resalta su *actitud colaboradora*:

I: ¿Cómo valorarías la disposición de Laura para el cambio y su colaboración para el proceso terapéutico?

T: Total.

I: Total.

T: Sí, mucha colaboración, obviamente aparece resistencia, pero es parte del proceso terapéutico, o sea no es parte de la disposición que ella tenga, es un proceso psíquico.

A su vez, las muestras verbales de *motivación para el cambio*, aparecen un total de 18 veces a lo largo de toda la terapia, aunque es más frecuente al comienzo y final del proceso. En concreto aparece cuatro veces en la tercera sesión, cinco en la cuarta, una en la quinta, una en la sexta, cero en la séptima, cinco en la octava y una en la novena, y se expresa a través de relatos como, por ejemplo, en la tercera sesión:

T: La necesidad de aprobación. ¿Y allí por quien eres aprobada?

P: Por las personas que quiero

T: Aaaaahhh, ahora entiendo. Entonces, ¿esa es la única forma de encontrar aprobación?

P: Si

T: Bueno... ¿Qué te dan ganas de hacer?

P: Pues en este momento tengo ganas de ser yo, sin importar que pase.

Y en la octava sesión:

T: Bueno, quédate así sin saber y ya.

P: En serio se va a ir, ¡debo decirle que se vaya! (Se echa de nuevo hacia atrás y postura más erguida, golpea sus piernas con sus manos) ¿O qué? Es que no sé, o que se quede pero aprendamos a vivir así. Un detox, ¿cómo me hago un detox? (ríe). ¡Ay no! Es que yo no tengo por qué cargarla. (Manos sobre las piernas y ocasionalmente amplía su expresión con las manos, ojos cerrados y vuelve a dejarse caer hacia delante)

T: No, pero así lo decidiste en algún momento así que ahí la tienes.

P: Ya no quiero cargarla más.

Así, cabe resaltar, que la motivación para el cambio y la actitud colaboradora han sido partes esenciales de los procesos de cambio de la consultante.

### **6.7. Delimitación de la Relevancia de las Estrategias Terapéuticas**

En la entrevista final de cambio, tanto al terapeuta como a la consultante, se les solicitó que clasificaran según el nivel de relevancia para el proceso las siguientes estrategias terapéuticas:

1. Formulación de preguntas
2. Interpretaciones en forma de afirmaciones
3. Orientaciones (como entrega de información sobre una situación)
4. Indicaciones (sobre el comportamiento)
5. Invitación a contactarte con tus pensamientos, emociones y cuerpo aquí y ahora.

6. Experiencias / simulaciones (contactarse simbólicamente con una situación concreta)
7. Tarea (prácticas en la vida real)
8. Otras

Así, cabe resaltar que, para la consultante, lo más significativo para su proceso fueron las técnicas experienciales/simulaciones, seguido de las invitaciones a contactarse con tus pensamientos, emociones y cuerpo y la formulación de preguntas. En cuarto lugar estuvieron las orientaciones, seguido de las interpretaciones en forma de afirmaciones y las retroalimentaciones. Por último, en el séptimo lugar se encontraron las indicaciones, seguido finalmente, de otras estrategias terapéuticas no descritas.

Para el terapeuta, en cambio, lo más significativo para el proceso fue la formulación de preguntas, seguido de las invitaciones a contactarse con los pensamientos, emociones y cuerpo y la formulación de preguntas y las retroalimentaciones en tercer lugar. En cuarto lugar estuvieron las experiencias/simulaciones, en quinto lugar las interpretaciones en forma de afirmaciones y en sexto lugar las orientaciones. Por último, se ubicaban las tareas seguidas de otras estrategias terapéuticas.

Al consultar por el mismo asunto al terapeuta, se observa que clasifica de la siguiente manera las estrategias terapéuticas según el nivel de relevancia para el proceso:

1. Formulación de preguntas
2. Invitación a contactarse con sus pensamientos, emociones y cuerpo aquí y ahora.
3. Experiencias/simulaciones (contactarse simbólicamente con una situación concreta)
4. Interpretaciones en forma de afirmaciones
5. Orientaciones (como entrega de información sobre una situación)
6. Tarea (prácticas en la vida real)
7. Otras: Exploración a través del diálogo
8. Indicaciones (sobre el comportamiento)

Con lo anterior, se puede afirmar que el terapeuta y la participante tienen diferentes visiones y valoraciones en cuanto al peso de cada estrategia en el proceso terapéutico. Para la consultante,

---

las experiencias/simulaciones estuvieron en un primer lugar mientras que para el terapeuta no aparecen si no hasta el cuarto lugar. Para el terapeuta, lo más significativo para el proceso terapéutico fue la formulación de preguntas, mientras que para la consultante esta estrategia ocupa el tercer lugar.



---

## 7 Discusión

En este apartado se discutirán los hallazgos de la presente investigación, tanto a nivel general como en específico, comenzando con los procesos de cambio identificados en el caso y poniéndolos en relación con otros modelos y estudios antecedentes. Se continuará en esta línea de discusión con los efectos terapéuticos observados y percibidos y se expondrán, de manera argumentada y crítica, las relaciones encontradas entre los efectos terapéuticos y los procesos de cambio. Adicionalmente, se revisarán los hallazgos obtenidos sobre los factores moduladores del cambio al respecto de otros enfoques de investigación y de psicoterapia en general.

Comenzando con la discusión sobre los procesos de cambio, cabe anotar en términos generales, que en este caso la psicoterapia Gestalt basada en el concepto de experiencia de contacto, ha sido efectiva, lo que permite el estudio de los procesos de cambio surgidos aquí desde un supuesto de efectividad. Esto apoya los planteamientos de Mahrer (1993) y Bohart (1993), quienes ya afirmaban hace cuatro décadas que la experiencia podía suponer la base del cambio terapéutico.

Así, durante los episodios de alto nivel de experiencia según la EXP Scale se han generado procesos de cambio en torno al reconocimiento de sí misma, a su actitud frente a las emociones y la capacidad de modulación de las mismas, la generación de recursos de afrontamiento, el cambio de la autovaloración negativa a la autovaloración positiva y el tránsito de la búsqueda de aprobación a las relaciones genuinas.

A partir de este punto, se discutirán más detalladamente cada uno de los procesos de cambio, comenzando con el proceso denominado como *de la negación y la máscara a la verdad y al reconocimiento y valoración positiva de sí misma*.

Así, el proceso más frecuente al comienzo y también al finalizar el proceso terapéutico, y que se considera como proceso esencial y además catalizador de otros, es el proceso de reconocimiento de sí misma. Este proceso, se da mayormente a través de la exploración de la experiencia interna que, al comienzo de la terapia se da en el marco de las sesiones por invitación del terapeuta y después se traslada a su vida cotidiana. Además, es de resaltar, que en un principio este tipo de sucesos y relatos están cargados de un alto nivel de experiencia según la EXP Scale. A medida que avanza el proceso y la consultante explora nuevos aspectos de sí misma y nuevos recursos de afrontamiento y, además, los comienza a aplicar en su vida cotidiana, se da un cambio

---

frente a la actitud hacia sí misma y sus sensaciones, emociones, pensamientos y actitudes. Esto, por su parte, tiene incidencia en la percepción acerca de sí misma, y comienza a percibirse como válida y merecedora lo que, cabe anotar, también viene de la mano del proceso de cambio relacionado con la autovaloración positiva.

Según Oñate (1989), el autoconcepto es el modo en el que la persona se menciona o se da a conocer ante otras y ante sí misma apoyándose en su autoestima, lo que va a afectar su forma de sentirse consigo misma. Por lo tanto, el autoconcepto hace alusión a cómo el sujeto se percibe y se describe a sí mismo, mientras que la autoestima está mediada por la valoración o evaluación que el sujeto hace acerca de sí mismo. Siendo así, parece que tiene sentido la confluencia del trabajo terapéutico acerca del reconocimiento de sí misma o su autoconcepto y el cambio en la valoración de sí misma o su autoestima, ya que la autoestima viene dada de la valoración que cada persona tiene de sí misma, y para ello se debe tener una conciencia o características de sí que permitan ser evaluadas.

En este caso concreto, en un comienzo la consultante rechaza varios aspectos de sí misma, especialmente lo que ella considera negativos, como su propia ansiedad y sus emociones, y expone todas sus estrategias para evitar u ocultar todos estos aspectos de sí tanto en la relación consigo misma como en la relación con los demás, lo que le genera un alto grado de angustia.

En realidad, este asunto no dista de la formulación teórica de la psicoterapia humanista, en la cual se apuesta por el “funcionamiento óptimo” o la “congruencia”, a través de la cual la persona llega a ser quien realmente es, dándose cuenta de sus sentimientos, viviendo en el momento presente y volviéndose más original y expresiva (Rogers, 1992). De hecho, el mismo Rogers (1992) expone que cuando el self ideal difiere significativamente del self real, la persona se siente insatisfecha e inconforme y, por ende, sufre problemas neuróticos. Así, la capacidad de percibirse con claridad y, al mismo tiempo, aceptarse, representa un signo de salud mental. Siendo así, el mismo Rogers (1992) define a una persona plena y funcional como un individuo capaz de abrirse a la experiencia, que vive en el presente y que confía en sus propios juicios intuitivos y necesidades interiores. La confianza en la propia capacidad para tomar decisiones comprende a toda la persona, no sólo el intelecto.

Por su lado, Poggio (1998) resuelve que la perturbación de una persona surge cuando su yo orgánico y su autoconcepto están en conflicto, el cual se mantiene e intensifica mientras más el

---

individuo busca preservar y consolidar este autoconcepto (creado en búsqueda de aprobación) para fortalecer su propia sensación de seguridad, evitando así la crítica y el rechazo. Es por ello que en psicoterapia humanista se habla de “captación intuitiva”, que consiste básicamente en la comprensión repentina de una situación de manera intuitiva, con base en el reconocimiento y aceptación de lo que se es (Poggio, 1998) lo que, por su parte, hace referencia a la capacidad de explorar y percibir la experiencia interna. Este concepto de “captación intuitiva” por su lado, puede asemejarse al “darse cuenta” o awareness expuesto en terapia Gestalt.

Precisamente en Gestalt se concibe salud como este “equilibrio, la coordinación de lo que somos” (Perls, 2012, p.18) o lo que es lo mismo la “autorregulación orgánica” (Perls, 2012) que se logra a través de la maduración, entendida esta como “la trascendencia del soporte ambiental al auto soporte” (Perls, 2012, p.41). De hecho, para Zinker (2003), el objetivo de la terapia gestáltica es que “toda persona debe ser capaz de tomar plena conciencia de sus necesidades y de obrar con arreglo a ellas. Debe ser capaz, por medio de todas sus aptitudes y recursos, de insertarse en el medio para lograr de este lo que ella necesita” (p.81), lo que solamente puede lograrse a través del reconocimiento de las propias necesidades para lo cual, a su vez, se presenta como condición necesaria la exploración de la experiencia interna.

Y es ahí justamente donde cobra sentido en este caso el concepto de “neurosis” en Gestalt, que el mismo Perls define como “trastorno del crecimiento” (Perls, 2012) donde, dado un punto de “impasse” entendido éste como “la situación en que el apoyo ambiental o el soporte interno obsoleto ya no llegan más y el auto soporte auténtico no se ha logrado aún” (Perls, 2012, p.40), si se logra el contacto con el propio dolor, se puede llegar a una implosión, que tiene que ver con el contacto con las emociones y el sufrimiento. El alcanzar esta denominada implosión, favorece la explosión o la última capa de la neurosis, la cual implica “el nexo con lo auténtico de la persona, que es capaz de vivenciar y expresar sus emociones” (Perls, 2012, p.68). Como se puede apreciar, en el trabajo sobre las capas de las neurosis propuesto por Perls, este reconocimiento de sí misma y la capacidad de vivenciar y expresar sus emociones viene dado, por su parte, por la oportunidad de experimentar situaciones con un alto nivel de emocionalidad.

Aquí cobra todo el sentido lo expuesto en estudios acerca de la importancia de la activación emocional en el proceso de cambio terapéutico, que además “por sí sola no parece ser

---

suficientemente eficaz, siendo necesaria una integración cognitiva de la propia experiencia emocional para facilitar el proceso de cambio” (Basto y Salgado, 2014, p. 41).

Pareciera, por tanto, que el trabajo terapéutico en este sentido trata de lograr una comprensión y conocimiento acerca de uno mismo con base en la experiencia interna y, a partir de ello, una respuesta frente a sí y frente al entorno acorde a esa comprensión y reconocimiento acerca de sí mismo. De esta forma, la experiencia emocional durante el proceso terapéutico, con la invitación a la exploración de la experiencia interna, puede facilitar la comprensión acerca de sí.

Por otro lado, también cabe mencionar aquí la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la cual forma parte de las terapias contextuales o de tercera generación. En el marco de esta terapia, se expone el concepto de “evitación experiencial” el cual describe los esfuerzos deliberados de evitar y/o escapar de eventos privados como emociones, pensamientos, recuerdos y sensaciones corporales que son vividas por la persona como aversivas. Este comportamiento es reforzado negativamente por la evitación o disminución del sentimiento de incomodidad vivido.

El concepto de “exposición” en la Terapia de Aceptación y Compromiso, por otro lado, parte de la concepción de que las barreras existentes entre el lugar en donde la persona se encuentra y en el cual la persona quiere estar, son causadas por el patrón de evitación mantenido. Así, mediante la exposición, la persona llega a tener contacto con dichas barreras, las cuales en realidad son eventos privados temidos, lo que propiciaría la “aceptación psicológica”, la cual supone el cambio hacia una vivencia más inmediata de la realidad interna y externa vivida desde la aceptación y comprensión. Así, según Hayes et al. (1994):

Al establecer la postura de aceptación psicológica los eventos que anteriormente eran inherentemente problemáticos, se convierten en oportunidades para el crecimiento, interés, o comprensión. En otras palabras, la atención cambia de problemas con contenido histórico a problemas del funcionamiento actual (p.13).

Por otro lado, la Terapia Basada en Mindfulness (Kabat-Zinn, 1990) es otra de las terapias de tercera generación que también parece favorecer la vivencia de la experiencia inmediata por parte de los consultantes. Su objetivo principal es la regulación de la atención para mantenerla centrada en el momento presente, partiendo de una actitud de curiosidad, apertura y aceptación (Barrachina y Pérez, 2012). Esta vivencia es absolutamente compartida por la terapia Gestalt desde

---

su concepto “darse cuenta” o en inglés “awareness”, que consiste en la capacidad para percibir y vivenciar lo que está sucediendo dentro de sí mismo y del mundo que le rodea.

De esta forma, se puede concluir que, para el desarrollo de un proceso de cambio frente al reconocimiento de sí, resulta necesario trabajar en la concepción y comprensión de sí misma de la persona, ya que esto mismo responde a un aspecto esencial en psicoterapia, además de ser catalizador de otros procesos esenciales como la autoestima. Sin embargo, no solo se trata de autoconocimiento si no de desarrollar, como bien menciona Hayes (1994), esta “aceptación psicológica” de los eventos privados y emociones temidas, en lo que, por otro lado, coincide con Zinker (2003), acerca de “la validez del contenido”, es decir, sobre la aceptación por parte de la persona de su experiencia interna. Además, en todo este proceso, parece cobrar una especial importancia la invitación a la focalización de la atención en la experiencia inmediata.

Esencialmente pareciera que el permiso para explorar sentimientos y actitudes más profundamente permitiera una ampliación del autoconcepto, haciendo conscientes aspectos de la persona que antes no podía apreciar y, lo que es primordial, desde la exploración de la experiencia interna inmediata y la aceptación y valoración positiva de ésta. Así, en este estudio, se encuentra que la consultante pasa de evitar su experiencia interna, a “hablarse con la verdad” y responder a los acontecimientos de su vida con base en su experiencia interna, dirigiendo sus procesos atencionales a su experiencia más inmediata, la cual además le permite sentir y expresar lo que está pasando en el momento presente.

Así, se puede establecer que la exploración de la experiencia interna acompañada por unos altos niveles de experiencia facilita la flexibilización y ampliación del autoconcepto inicial lo que, por otro lado, también permite la exploración de nuevas emociones y recursos de afrontamiento que, aunque parten de la persona, no habían sido explorados con anterioridad. Partiendo de esta exploración, la persona puede comenzar a trasladar estos aspectos de sí y nuevos recursos a su vida cotidiana, lo que le llevará a una autopercepción más rica de sí misma y a una autovaloración positiva, además de la focalización de la atención en la experiencia inmediata. Así, según Zinker (2003, p.73), “cuanto más logre permanecer junto a mi conciencia en marcha, mayor posibilidad tendré de intensificar, expandir y profundizar mi conciencia”, que es exactamente lo que ocurre en este caso.

---

Siguiendo con el desarrollo de la discusión, se hace mención a partir de aquí al segundo proceso de cambio más frecuente y significativo, y es el “*cambio de actitud frente a sus emociones*”. Este se convierte en un capítulo esencial puesto que el proceso de cambio acerca de la actitud frente a sus emociones, como ya se ha mencionado, ha sido un proceso base y además catalizador de otros. En general, se puede afirmar que la existencia de déficits en habilidades de regulación emocional tiene un efecto perjudicial en el ajuste emocional de las personas, provocando alteraciones en el comportamiento, así como una respuesta evitativa ante las emociones negativas, entre otros muchos problemas (Berking, 2008). Por esta razón, incidir en el trabajo terapéutico sobre las emociones puede tener implicaciones muy positivas para los resultados de la terapia.

La importancia del procesamiento emocional ya había sido desarrollado ampliamente por Greenberg, quien propone su propio modelo de Terapia Centrada en la Emoción (Greenberg et al., 1993) en el que el mecanismo central del cambio en la psicoterapia es el procesamiento emocional y los procesos emergentes de dar sentido a las emociones. De hecho, éste es de los escasos modelos cuyo concepto clave es la experiencia con un importante respaldo empírico (Goldman et al., 2006; Greenberg y Watson 1998; Watson et al., 2003, Pos et al., 2003; Warwar, 2004)

La Terapia Centrada en la Emoción propone que los esquemas emocionales son el modo primario a través del cual las personas se experimentan a sí mismas en el mundo, por lo que tienen una gran influencia sobre el punto de vista y la experiencia de las personas (Greenberg, 1996). De esta manera, si se interviene sobre los esquemas emocionales, esa perspectiva y experiencia del mundo de la persona tiende a cambiar, lo que a su vez puede facilitar otros procesos de cambio frente a la autopercepción o reconocimiento de uno mismo, la generación de nuevos recursos de afrontamiento, la autoestima o las relaciones interpersonales, como ha sucedido en este caso.

Siendo así, Greenberg (1986), plantea su modelo general sobre el proceso de cambio en las intervenciones de tareas de proceso vivencial, dentro del cual las fases de evocación/activación y exploración vivencial son esenciales. En este caso, las técnicas experienciales propuestas desde la terapia Gestalt han facilitado enormemente el contacto de la consultante con sus emociones generando altos niveles de experiencia, lo que en sí es un principio en terapia Gestalt, donde “la elaboración de las emociones contenidas es el trabajo transformador y autorregulador por excelencia” (Carabelli, 2013, p.281).

---

Aquí, por lo tanto, es necesario considerar que la profundidad de la experiencia emocional incide claramente sobre el tratamiento, favoreciendo los procesos de cambio de los pacientes. Sobre esto, Bedard (2008) ya sugirió en su investigación que el procesamiento emocional de los consultantes, medido por la profundidad de la experiencia, puede ser un ingrediente activo del cambio en el tratamiento de la depresión a través de diferentes orientaciones terapéuticas.

Sin embargo, no solo se trata de la profundidad de la experiencia emocional de los consultantes, sino del proceso de cambio hacia su actitud o aceptación de las emociones y de su capacidad de autorregulación o modulación de éstas, lo que también implica un componente cognitivo; ambos, asuntos esenciales a trabajar en terapia para poder hablar de procesos de cambio y resultados de los procesos. Por tanto, cabe añadir también el componente cognitivo de la exploración de la experiencia interna, no siendo suficiente ni la activación emocional ni el “darse cuenta” o “awareness” por separado, ya que lo que se halla en este estudio propone la importancia de que se den ambos componentes para que se produzca el cambio,

Sobre la autorregulación, cabe mencionar que en Psicoterapia Gestalt se concibe de entrada que cada organismo tiene mecanismos de autorregulación por sí mismo (Perls, 2012, p.17) y es sumamente necesario el contacto con el propio dolor y frustración para que después se puedan generar estas “explosiones que conectan con la personalidad auténtica” (Perls, 2012, p.69).

En el caso analizado para el presente trabajo de investigación, se ha hecho especial énfasis en el proceso de experimentación y posterior aceptación emocional por parte de la consultante, ante lo que cabe resaltar que la aceptación emocional ha sido evaluada como estrategia de regulación emocional en múltiples ocasiones, presentando unos resultados muy positivos (Alberts et al., 2012; Liverant et al., 2008). Y es a raíz de esta aceptación de sus emociones, que ha venido precedida de una apertura hacia la experimentación sus emociones y una dirección de la atención hacia las mismas, que se ha propiciado que la consultante actúe en función de sus emociones y los significados atribuidos a las mismas, lo que finalmente resulta en la modulación de sus respuestas emocionales.

Gross (1999), por su lado, fue uno de los pioneros en el tema proponiendo su modelo procesual de regulación emocional, planteando que la regulación emocional puede estudiarse en función del lugar en el que la estrategia de regulación se inserta dentro del proceso de generación de la emoción. El proceso de generación emocional, según este autor, se puede dividir en cuatro

---

fases: situación, atención, interpretación y respuesta, y para cada una de las fases se puede establecer un grupo de estrategias de regulación emocional. Sin embargo, aunque este modelo es muy amplio y es uno de los referentes en la temática, presenta algunas limitaciones, y es que, según Hervás y Moral (2017, p.5), “quizá uno de los aspectos más importantes en el proceso de regulación emocional -la aceptación emocional- queda enmascarado en el proceso que plantea Gross”.

Hervás (2011), teniendo en cuenta lo anterior, formula el modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional. Así, el procesamiento emocional es entendido como el proceso por el cual las alteraciones emocionales van declinando hasta que se absorben de forma que otros comportamientos y experiencias pueden aparecer sin interferencias (Rachman, 1980). Desde esta concepción, el modelo de Hervás (2011) plantea seis tareas o procesos que hacen parte del procesamiento emocional: apertura emocional, atención emocional, aceptación emocional, etiquetado emocional, análisis emocional y modulación emocional.

Por lo tanto y como conclusión, se propone que abordar las emociones en terapia a través de experiencias de profundización y contacto con las mismas favorece el proceso de cambio. Sin embargo, no solo se trata de la experimentación emocional, si no que para favorecer el proceso de cambio es necesario propiciar la aceptación de la experiencia emocional y una valoración positiva de las emociones, lo que por su lado favorece la autorregulación o modulación emocional. Además, es necesario durante todo el proceso la invitación a la exploración de la experiencia interna como componente cognitivo transversal a todas las estrategias terapéuticas.

Siguiendo con la discusión de los procesos de cambio específicamente, el proceso de cambio que hace referencia a la “*generación y aplicación de nuevos recursos de afrontamiento*”, entendidos éstos como los recursos psicológicos que pone una persona en marcha frente a situaciones estresantes, suponen un aspecto muy significativo del proceso. De hecho, es uno de los tres de los procesos sobre los que más se trabaja en las sesiones y sobre los que más relatos hay por parte de la consultante sobre todo al inicio de la terapia, por lo que pareciera que éste también es uno de los procesos que facilita el desarrollo de otros procesos de cambio.

En un comienzo, se aprecia fuertemente la exploración de los recursos de afrontamiento utilizados por la consultante al momento, como lo es la negación y evitación de su ansiedad y de sus emociones. Durante todo el avance del proceso terapéutico, se observa la exploración y aplicación de nuevas estrategias de afrontamiento, las cuales ella nombra como *hablarse con la*



---

*verdad* lo que podría asemejarse a la “captación intuitiva” antes descrita y desarrollada por Poggio (1998) y el “darse cuenta” o “awareness” descrito por Perls et al., (1951); y el “movimiento” o la toma de acción frente a lo que está sucediendo en el momento, ya sea respecto a sí misma o frente a las situaciones de su entorno y sus relaciones.

Hacia el final de la terapia se comienza a dar la aplicación de los mencionados recursos de afrontamiento a su vida cotidiana, lo que refleja la importancia de trasladar o generalizar lo trabajado en terapia. Cabe anotar que el desarrollo de estos recursos de afrontamiento tiene un papel esencial en el cambio hacia la autovaloración positiva y el reconocimiento de sí misma. Por otro lado, se puede afirmar que las técnicas experienciales en este caso han favorecido la exploración de nuevos recursos de afrontamiento y su posterior aplicación en la vida cotidiana.

Los recursos de afrontamiento han sido de amplio interés para el campo de la psicología, y ya el psicoanálisis del ego en 1937 expuso su definición de afrontamiento como “el conjunto de pensamientos y actos realistas y reflexivos que buscan solucionar los problemas y, por tanto, reducen el estrés” (Park y Folkman, 1997; Pearling y Schooler, 1978, citados en Macías et al., 2013, p.126).

En este sentido, según Macías et al. (2013), la propuesta de Folkman y Lazarus (1985) es la que cuenta con un mayor reconocimiento, la cual divide las estrategias de afrontamiento entre las centradas en el problema (confrontación, planificación, distanciamiento); las centradas en la regulación emocional (autocontrol, aceptación de la responsabilidad, escape-evitación y reevaluación positiva), y las que abarcan los dos aspectos (búsqueda de apoyo social).

Teniendo lo anterior en cuenta, se podría decir que en el caso analizado en la presente investigación, en un comienzo destacan en la consultante las estrategias más encaminadas a la evitación tanto del problema como de las emociones y que, al crear conciencia sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas y, además, tener la oportunidad de explorar y aplicar nuevos recursos de afrontamiento, surgen nuevos recursos inexplorados para la consultante, como lo que ésta denomina *hablarse con la verdad*.

Así, al ser consciente de sus emociones y aceptarlas, la consultante se responsabiliza de lo que siente, lo que le permite regular sus respuestas emocionales. Además, esta responsabilización de sus emociones facilita la confrontación de los conflictos y la toma de acciones para solucionar el problema, lo que ella denomina en su lenguaje terapéutico el *movimiento*. Por lo tanto se puede

---

afirmar, en el marco del proceso terapéutico, la importancia de facilitar la oportunidad para explorar los propios recursos de afrontamiento de los consultantes, además de propiciar la exploración y aplicación de nuevos recursos de afrontamiento.

Siguiendo con la discusión sobre cada proceso de cambio específicamente, se aborda a partir de aquí el proceso “*de la autovaloración negativa a la autovaloración positiva*”. Durante el proceso terapéutico, se da en la consultante una transición de la autovaloración negativa a la autovaloración positiva, dándose una disminución progresiva de los relatos alusivos a las autovaloraciones negativas, a la vez que ocurre el aumento de relatos sobre autovaloraciones positivas. Según Mejía et al. (2011), estaríamos hablando de un cambio acerca de su autoestima, ya que ésta implica la valoración que una persona tiene acerca de sí misma, involucrando emociones, pensamientos, sentimientos, experiencias y actitudes acerca de si misma.

Para Maslow (2007), uno de los representantes de la psicología humanista, la autoestima forma parte de su jerarquía pirámide de necesidades. En su jerarquía, en un primer lugar están las necesidades fisiológicas, seguidas de las de seguridad. En tercer lugar, están las necesidades sociales o de pertenencia, y en un cuarto lugar las necesidades afectivas o de estima. Por último, están las necesidades de autorrealización. Dicho esto, en el cuarto lugar, referente a las necesidades de estima, existen dos tipos de necesidades de estima, la propia y aquella que proviene de las otras personas.

De hecho, Maslow describió dos versiones de necesidades de estima, una baja y otra alta. La baja es la del respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, apreciación, dignidad e incluso dominio. La alta comprende las necesidades de respeto por uno mismo, incluyendo sentimientos tales como confianza, competencia, logros, maestría, independencia y libertad. Así, la consecución de estima hacia uno mismo es un paso más hacia la autorrealización.

En este caso, según la propuesta de Maslow, la consultante presenta en un inicio baja autoestima desde una constante necesidad de aprobación por parte de los demás reconocida y nombrada por ella misma. Posteriormente, a través de la consecución de la autovalidación o la aprobación de sí misma, logra generar un proceso de cambio hacia una alta autoestima.

Por otro lado, en el modelo sobre los procesos de cambio de Pascual-Leone y Kramer (2017), cuando aparece en terapia esta autoevaluación negativa central, lo que en este caso se puede

---

apreciar al comienzo y mitad del proceso, y de la mano de la necesidad no satisfecha, es el punto donde resulta necesario el trabajo sobre el proceso autocrítico del consultante. A partir de ahí es que se puede dar paso a una experiencia categóricamente nueva que lleva al consultante a un sentido de sí mismo como merecedor y lo moviliza para abordar directamente las necesidades no satisfechas.

Por otro lado, es importante añadir que este trabajo no se puede dar si no es en comunión con el trabajo acerca del reconocimiento de sí misma o el autoconcepto, ya que ambos procesos confluyen y se retroalimentan en los procesos de cambio de los sujetos acudientes a psicoterapia.

Continuando con la discusión de cada proceso de cambio, se hará énfasis a partir de aquí al proceso de cambio sobre sus relaciones interpersonales, denominado “*de la búsqueda de aprobación a las relaciones genuinas*”. En este caso, al comienzo del proceso la consultante relata cómo han sido sus relaciones familiares. Al parecer, estas relaciones han constituido un ambiente invalidante de las emociones, lo que a su vez ha tenido amplias repercusiones en sus relaciones interpersonales en general, donde la necesidad de aprobación imperaba sobre sus necesidades reales en la relación. Es en esta misma tercera sesión que, en torno a la propia relación terapéutica, surge el trabajo sobre las relaciones genuinas en general. Más tarde durante el proceso, surge el cuestionamiento acerca de las relaciones con los otros y cómo están mediadas por su necesidad de aprobación. Finalizando el proceso, finalmente, surgen los relatos sobre las relaciones genuinas. Así, se podría decir que cuando logra reconocerse y valorarse a sí misma, logra relacionarse de una forma más genuina con el otro.

Rogers (1992) en la Terapia Centrada en el Cliente, plantea que el principal cometido de la terapia es establecer una relación auténtica, lo que por otro lado favorece que el consultante pueda establecer relaciones de la misma forma fuera del contexto terapéutico. Así, para Rogers (1992), la aceptación de sí mismo es el requisito de una aceptación más fácil y auténtica de los demás. A su vez, el ser aceptado por otro se traduce en una mejor disposición para aceptarse a sí mismo.

De esta forma, se puede concluir que al haber logrado en el proceso terapéutico un reconocimiento de sí misma, en el cual juegan un papel primordial la autoconciencia y la capacidad para experimentar sus emociones y además y comunicarlas al otro si fuera apropiado; incide en la percepción de la consultante acerca de sus relaciones interpersonales, las cuales tienden a ser más

---

genuinas. Al respecto, afirma Rogers (1992): “Cada persona es una isla en sí misma, en un sentido muy real, y sólo puede construir puentes hacia otras islas si efectivamente desea ser él mismo y está dispuesto a permitirse” (p.14).

Dejando atrás la discusión sobre cada uno de los procesos de cambio y retomando la dinámica de la relación entre ellos, destaca que en un punto inicial, según lo obtenido en los resultados, prima el reconocimiento de sí misma sobre todos los procesos, con predominancia de los relatos sobre la exploración de la experiencia interna, acompañado por altos niveles de experiencia según la EXP Scale y una exploración de sus recursos de afrontamiento. En esta línea cabe resaltar que, tanto los hallazgos sobre los procesos de cambio como los asociados a los efectos percibidos, evidencian que lo más relevante para el cambio de todo lo expuesto frente al concepto de experiencia de contacto, fue la exploración de la experiencia interna, refiriéndonos con esto a la autopercepción y autoconciencia de la persona y sus estados emocionales, corporales y mentales, acompañada de episodios de alto nivel emocional. Lo anterior permite traer a colación el concepto de “conciencia nuclear o central” expuesto por Damasio (1999), el cual se define como la conciencia de ambiente y de los estados internos, concepto que a su vez fue muy importante en los planteamientos de este autor. A su vez, este resultado puede ponerse relación con otros estudios sobre procesos de cambio en terapia centrada en la emoción, en los cuales se había encontrado que una experiencia más profunda durante los episodios emocionales, así como una mayor excitación emocional durante el tratamiento con el subsiguiente proceso de darle sentido a la emoción, ha precedido un mejor resultado en el tratamiento (Goldman et al., 2005; Warwar y Greenberg, 1999).

En este caso, el trabajo terapéutico en torno al reconocimiento de sí misma y de sus emociones con base en la exploración de la experiencia interna, junto con la exploración de los propios recursos de afrontamiento, se muestra esencial como importantes catalizadores de los procesos de cambio y de los resultados de la psicoterapia. Por tanto, podría argumentarse a partir de estos hallazgos que, para generar procesos de cambio estructurales en la persona es necesario comenzar por el autorreconocimiento y las concepciones acerca de sí, de su entorno y de sus relaciones, dada la relevancia de la exploración de la experiencia interna, concebida esta como la autopercepción y autoconciencia de la persona y de sus estados emocionales, corporales y mentales. Y es que, para un contacto sano, como bien señalan Perls et al. (1951), se requiere

---

intencionalidad, espontaneidad y presencia, es decir, un contacto sano requiere el “awareness” general, tanto de la experiencia interna como externa.

A su vez, se puede deducir del presente trabajo que para la exploración de la experiencia interna con su correspondiente trabajo terapéutico es esencial el abordaje de las emociones y de los recursos de afrontamiento, lo que por su parte en un principio consiste en la exploración de los propios recursos de afrontamiento, para posteriormente facilitar la generación de nuevos recursos de afrontamiento.

En este sentido, un asunto clave en todo el proceso fue la exploración de la experiencia interna, lo cual constituye gran parte de las proposiciones del terapeuta a través de las invitaciones verbales y las técnicas experienciales o experimentos. Zinker (2003), de hecho, insiste mucho en este punto en el desarrollo de su enfoque terapéutico, y define la exploración de la experiencia interna como un proceso activo consistente en dirigir la atención en forma simple e ingenua hacia uno mismo, tanto corporalmente como a nivel de las emociones y pensamientos.

En adición a estos procesos, en el transcurso de la terapia se observa en la participante cambios respecto a la valoración que hace de sí misma. En este caso, los sucesos terapéuticos y relatos en los que se observan procesos de cambio hacia la autovaloración positiva, se dan en la mitad y al final del proceso terapéutico, por lo que pareciera que el reconocimiento de sí misma, junto con la capacidad de experimentar y modular sus emociones y el trabajo sobre sus recursos de afrontamiento, facilitan el cambio hacia la autovaloración positiva de sí misma. En este orden de ideas, finalizando la terapia, la autovaloración positiva crece nuevamente, de la mano del reconocimiento de sí misma y de la aplicación de nuevos recursos de afrontamiento.

Al respecto, cabe señalar que los hallazgos sobre el aumento de la autoestima ya se habían expuesto en algunos trabajos empíricos acerca la terapia centrada en la emoción (Goldman et al., 2006; Greenberg y Watson, 1998; Watson et al., 2003, Pos et al., 2003; Warwar, 2004), donde se sugieren mejoras significativas en variables como la autoestima y la angustia interpersonal.

Cabe mencionar también, en cuanto a los procesos de cambio vinculados a las relaciones interpersonales, que en la última sesión analizada toman fuerza los relatos sobre las relaciones genuinas, siendo éste el momento de mayor frecuencia de relatos y asociados a este proceso de cambio. Al comenzar la terapia, sus relatos sobre las relaciones se vinculan a sus conflictos familiares y sobre cómo había sido la relación con su entorno y con las personas vinculadas al

---

mismo desde la búsqueda de aprobación mientras, que al finalizar la terapia, se observan relatos alusivos al establecimiento de relaciones interpersonales genuinas.

Es por ello, que se puede afirmar que todos los anteriores procesos de cambio abren la puerta y son predecesores de otro tipo de cambios más orientados al entorno, en este caso, al establecimiento de relaciones genuinas, además de la necesidad de abordaje terapéutico de las relaciones interpersonales en terapia. Por otro lado, puede ser, según lo expuesto en los resultados, que el reconocimiento y aceptación de sí misma influyera positivamente en el cese de búsqueda de aprobación por parte de los demás.

También podría argumentarse, a partir de los resultados, que las invitaciones a la exploración de la experiencia interna a través de invitaciones verbales o experimentos, acompañadas del trabajo sobre las emociones y el autoconocimiento en terapia, contribuye al surgimiento de respuestas o recursos espontáneos frente a la emoción en la consultante, todo lo cual contribuye al reconocimiento y aceptación de sí. Paivio (2013) al respecto, afirma que “un supuesto fundamental de todas las terapias orientadas a la experiencia es que la atención y exploración de la experiencia subjetiva interna, son la fuente principal de información utilizada en la construcción de nuevos significados” (p. 341).

Así, a modo de conclusión, según lo expuesto en el presente estudio se puede afirmar que para generar procesos de cambio estructurales en la persona es necesario comenzar por el autorreconocimiento, el reconocimiento de su entorno y de sus relaciones, para lo que es un importante factor la exploración de la experiencia interna, concebida esta como la autopercepción y autoconciencia de la persona y sus estados emocionales, corporales y mentales, donde tiene un papel principal la identificación de las emociones y su aceptación y gestión.

Además, se puede plantear que la exploración de la experiencia interna, puede favorecerse a través de las técnicas experienciales, además de por el mismo diálogo y las invitaciones del terapeuta durante las sesiones. Esta exploración de la experiencia interna, acompañada de un alto nivel de experiencia según la EXP Scale, proporciona la oportunidad para explorar y aplicar nuevos recursos de afrontamiento, lo cual produce una ampliación del autoconcepto y un cambio hacia la autovaloración positiva de las personas. De esta forma se puede concluir que la experiencia de contacto, acompañada de una fuerte exploración de la experiencia interna son esenciales en un proceso terapéutico.

---

En este sentido, según Zinker (2003, p.26) “el cliente debe ser llevado a lo largo de una serie gradual de experiencias antes de que esté en condiciones de captar un nuevo concepto de sí mismo y avanzar, mediante su propia conducta, en esa dirección”, y esto definitivamente coincide a su vez con las concepciones de Rogers (1992) y con los de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al.,1994) y la Terapia Basada en Mindfulness (Kabat-Zinn, 1990), ambas terapias contextuales. Todo esto, sin dejar de lado la importancia del establecimiento de una buena alianza terapéutica y la motivación para el cambio por parte de los consultantes, lo cual constituye factores comunes a las distintas psicoterapias.

Por otro lado, y continuando con la discusión, existen diversos modelos y teorías acerca de los procesos de cambio en psicoterapia, los cuales se expondrán a continuación para posteriormente compararse con lo hallado en el presente estudio. Primeramente, se trae a colación el ciclo de la experiencia (Zinker, 2003), el cual supone un concepto esencial de la psicoterapia Gestalt. De hecho, “este ciclo se repite una y otra vez mientras las gestalten se completan” (Zinker, 2003, p.84-99). En su obra “El proceso creativo en la Terapia Gestalt” (Zinker, 2003) propone el ciclo de la experiencia en seis partes o “pasos”, en el que la primera fase denominada *sensación* resulta esencial. Esta fase consiste en la percepción de las sensaciones y la toma de conciencia de la necesidad no satisfecha, la cual en este caso y tomando lo ocurrido en los procesos de cambio, consiste en la necesidad de aprobación. Esta necesidad, aunque en un principio se plantea como necesidad de aprobación por parte de los demás, resulta siendo la autoaprobación y reconocimiento de sí misma como piedra angular del proceso. A esta fase le sigue la fase 2 de *toma de conciencia* y, a continuación, la fase 3 de *movilización de la energía* que le permite llegar a la fase 4 *acción* para lograr la fase 5 de *contacto*, pudiendo resolver su necesidad no satisfecha, a lo que ya seguiría la fase 6 de *retirada/descanso*.

Por tanto, una conclusión inicial respecto al ciclo de la experiencia en el presente proceso implica observar que el mecanismo para evitar el contacto más frecuentemente utilizado por la consultante es la *des-sensibilización*, ya que constantemente se observan relatos en los que la consultante no puede definir su sensación y emoción. Una vez superada la *des-sensibilización*, y con la capacidad de definir y nombrar con claridad sus sensaciones y emociones le fue mucho más fácil llegar a la concreción del contacto en muchas áreas de su vida, además de lograr la aprobación de sí misma. En este sentido, junto con la fase inicial de *sensación*, en este proceso tiene un papel

---

fundamental la *toma de conciencia* de sus necesidades, deseos y emociones. Otro asunto clave en este proceso son los *introyectos*, refiriéndonos con ello a las ideas que han sido adoptadas por parte del entorno sin la capacidad de cuestionar o discernir si estas ideas son acordes a sus deseos y necesidades. Una vez confrontados estos *introyectos* sobre cómo debía ser y cómo debía comportarse, y con el énfasis sobre sus necesidades y deseos propios también se fortaleció mucho la capacidad de contacto de la consultante. Por último, destaca el fortalecimiento de recursos para la acción y el contacto, como son “*hablarse con la verdad*” y “*el movimiento*” entre otros.

Por su lado, retomando el modelo de Pascual-Leone y Greenberg (2007) se observan, en cierta medida, procesos coincidentes con lo hallado en la psicoterapia de la participante del presente estudio. Desde este modelo, la secuencia para el procesamiento emocional comienza con la “angustia global”, que finalmente se diferencia en emociones desadaptativas centrales en forma de miedo y/o vergüenza, que necesariamente implican tanto una “necesidad existencial insatisfecha” y una “autoevaluación fundamentalmente negativa” y, el trabajo en estos aspectos, es lo que da paso a una experiencia categóricamente nueva,.

En cierta medida, tanto desde lo hallado en esta investigación como desde el modelo propuesto por Pascual-Leone y Greenberg (2007), resulta necesario el trabajo terapéutico de identificar, experimentar y aceptar las emociones negativas iniciales, lo que en el modelo mencionado se denomina como “angustia global”. Esto se observa en el caso de la consultante a través de un sentimiento de angustia generalizado hacia sí misma y, para ello, cobra especial importancia la exploración de la experiencia interna. Tras el trabajo sobre el reconocimiento de sí misma y de sus emociones, estaría alcanzando la fase 2, o la toma de conciencia en el ciclo de la experiencia. De ahí, en este modelo surge la necesidad insatisfecha y la autoevaluación fundamentalmente negativa, lo que propicia la necesidad de un trabajo frente a la autocrítica. No obstante, en el caso del presente estudio, el trabajo sobre la autocrítica o autovaloración positiva se da a lo largo de todo el proceso, no pudiéndose distinguir entre fases o momentos específicos de trabajo terapéutico acerca del tema.

Adicionalmente, frente a la necesidad insatisfecha que menciona este modelo, en este trabajo surgen varias veces la necesidad aprobación como motor para múltiples formas y conductas de la consultante. Al resolver este aspecto y disminuir la autocrítica, según Pascual-Leone y Kramer (2017) se generan sentimientos de automerrecimiento, lo que facilita la movilización hacia la



---

satisfacción de las necesidades no satisfechas. A su vez, en el presente trabajo, se encuentra un aumento en el reconocimiento de sí misma y la autovaloración positiva al finalizar la terapia, además de la aplicación de nuevos recursos de afrontamiento, lo que puede influir en su percepción acerca de su capacidad y merecimiento. Otras diferencias en cuanto al modelo de Pascual-Leone y Kramer (2017) se refieren a que sí aparecen como procesos de cambio significativos la generación de nuevos recursos de afrontamiento y el establecimiento de relaciones interpersonales genuinas.

Así, ambos modelos (Pascual-Leone y Greenberg, 2007, y Zinker, 2003) considerarían esencial la identificación y diferenciación de emociones, lo cual se puede entender como experiencia de contacto, atravesada por supuesto por la exploración de la experiencia interna como parte esencial del proceso, a partir de lo cual surge la toma de conciencia sobre la necesidad no satisfecha y su posterior toma de acción para el contacto o satisfacción de la misma. Sin embargo, Pascual-Leone y Greenberg (2007) introducen la valoración positiva de sí misma en su modelo como parte esencial del trabajo terapéutico, lo cual es claramente notorio en el caso presentado en el presente trabajo de investigación. Por otro lado, Zinker (2003), describe más claramente los pasos necesarios hacia la satisfacción de la necesidad, así como los mecanismos de defensa o interruptores del contacto, lo cual también juega un papel fundamental en el presente caso.

Siguiendo con la revisión de modelos, se retoma a Krause y cols. (2006), quienes, tras su investigación sobre los procesos de cambio en psicoterapia, formulan los indicadores genéricos de cambio como modelo de los procesos de cambio en psicoterapia.

Sobre este modelo, para comenzar, cabe resaltar que estos indicadores parten del estudio de procesos psicoterapéuticos completos (Krause et al. 2006), mientras que en el presente estudio se toman siete sesiones centrales que se consideran críticas del mismo. A pesar de esta diferencia, se pueden apreciar ciertas similitudes en los procesos. Por ejemplo, a lo que en la propuesta de Krause et al. (2006) se denomina como descongelamiento y posterior expresión de necesidad de cambio, se puede apreciar en el caso de la participante el reconocimiento de sus emociones sobre todo al inicio de la terapia, así como sus recursos de afrontamiento hasta el momento y a sí misma de manera más general o estructural: Esto se refleja en los procesos de cambio sobre reconocimiento de sí misma, sobre sus emociones y sus recursos de afrontamiento. Una vez identificados y nombrados todos estos elementos internos de la consultante, al igual que lo propuesto por Krause et al. (2006), el trabajo terapéutico se orienta hacia el descubrimiento de nuevos aspectos y recursos

---

de sí misma y a la manifestación o aplicación de estos lo que, por otro lado, genera la aparición de sentimientos de competencia o de autovaloración positiva. Así, el presente trabajo vuelve a coincidir con Krause et al. (2006), ya que estos sentimientos de competencia o autovaloraciones positivas generan el establecimiento de nuevas conexiones entre aspectos propios y con el entorno, donde la persona es capaz de satisfacer sus necesidades por sí misma, lo que a su vez transforma sus concepciones acerca de sí y su entorno.

Se podría argumentar, a partir de los hallazgos y referentes teóricos entonces, que bajo cualquier modelo terapéutico resulta imprescindible comenzar por la autopercepción y la identificación de las propias emociones, pensamientos, conductas, maneras de vincularse con el otro, e incluso la propia biografía, para así poder reconocer los aspectos problemáticos y la necesidad de cambio. Por otro lado, que es esencial la exploración de nuevos recursos e incluso su aplicación, lo que genera sentimientos de valía en las personas y resulta en la transformación acerca de las comprensiones acerca de sí mismos y sus entornos, colocándose en un lugar de competencia frente a su propia vida y sus conflictos.

En coherencia con esto, los tres modelos coinciden en la importancia del reconocimiento de sí, de las emociones y los comportamientos habituales en un comienzo, para que se dé, según lo nombra Krause et al. (2006), el “descongelamiento” que permita la exploración de nuevos aspectos de sí mismo, así como nuevos recursos de afrontamiento, para lo que cumple un papel fundamental la exploración de la experiencia de contacto atravesada por una exploración de la experiencia interna. Una vez explorados estos nuevos aspectos, es que se pueden comenzar a aplicar en la vida cotidiana, lo que incide positivamente en la autopercepción y la autoestima de la persona quien, desde esa percepción de autovalía y en general positiva de sí misma, comienza a ser capaz de enfrentar las situaciones conflictivas de su propia vida.

Cerrando aquí la discusión sobre los procesos de cambio concretamente, se pretende en las próximas líneas comentar y discutir acerca de los efectos de la intervención estudiada en esta investigación. En general, se puede afirmar que los resultados obtenidos en cuanto a los efectos percibidos y observados no son disonantes o contradictorios entre sí, más bien son complementarios y nos ofrecen más información sobre el caso.

Sobre los efectos observados a partir de los puntajes obtenidos en las diversas escalas de salud mental, se puede decir que la consultante se hallaba una o más desviaciones típicas por debajo

---

en varios aspectos, como la Eutimia/Rasgo y la Eutimia Estado en el la escala IDER y en la Ansiedad Estado del STAI, lo que permite deducir que la consultante presentaba dificultades en cuanto a la ausencia de afectividad positiva tanto en Estado como en Rasgo, así como presentaba ansiedad en la subescala estado. Lo mismo sucede con la autoaceptación, el dominio del entorno y el propósito en la vida en la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y, por último, en su salud mental en general según el GHQ-12. Cabe destacar, que tras el proceso terapéutico la consultante muestra cambios significativos en todos ellos.

En otro sentido, hay aspectos analizados en los que en el pretest se situaban dentro del rango de la media y que mejoran significativamente al final del tratamiento, ubicándose sus puntuaciones una o más desviaciones típicas por encima de la media al finalizar el proceso, como son las subescalas de relaciones positivas y crecimiento personal en la escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

Por otro lado, hay otros aspectos en los que la consultante no ha sufrido cambios significativos, aunque cabe anotar que en todos ellos sus puntuaciones se encontraban en el rango de la media al comenzar el proceso. Entre ellos están las subescalas del IDER de Rasgo/Distimia y Estado/Distimia, lo que indica que la consultante nunca tuvo problemas significativos en cuanto a su afectividad negativa atendiendo a los resultados de la escala, al igual que la Ansiedad Rasgo, cuyas puntuaciones al comenzar y al terminar se encontraban dentro del rango de la media, lo que deja deducir que la consultante no presentaba ansiedad en general si no que las puntuaciones hacían referencia un estado de ansiedad. Por último, esto también sucede en la subescala de Autonomía en la Escala de Bienestar Subjetivo de Ryff, cuyas puntuaciones se encontraban en el rango de la media tanto al comenzar como al finalizar el proceso, sin cambios significativos reportados.

Sin embargo, si hay un aspecto de los resultados que pudiera ser contradictorio a simple vista, y es que mientras en los relatos en las consultas iniciales del proceso, la consultante relataba claramente la presencia de afectividad y pensamientos negativos, y al final reporta percibir un cambio en este sentido, pero, por otro lado, en el cuestionario IDER tanto en el pretest como en el postest reporta una puntuación dentro del rango de la media sin un cambio significativo durante el proceso. En este sentido, se cree que estos resultados observados pueden deberse a la evitación que practicaba la consultante como estrategia de afrontamiento de sus mismos pensamientos y emociones negativas, lo que también pudo suceder en la aplicación del pretest. Sin embargo, cabe

---

señalar que en el GHQ-12, otro de los instrumentos aplicados que contiene de hecho ítems relacionados con los pensamientos negativos, sí se reporta un cambio significativo en la aplicación posttest respecto al pretest.

De esta parte en adelante, se expondrán finalmente las relaciones entre los procesos de cambio y los efectos de este proceso terapéutico, basado en la experiencia de contacto. En cuanto a los efectos reportados, se encuentra que no se da una disminución significativa de la distimia en el IDER, que se puede explicar por la estrategia de evitación frente a sus emociones negativas, lo cual suponía una de las principales estrategias de afrontamiento de la consultante antes de comenzar el proceso terapéutico.

El efecto percibido a nivel cognitivo sobre la “disminución de la ideación suicida y los pensamientos negativos” en general se asocia al proceso de cambio *“de la negación y la máscara a la verdad y el reconocimiento de sí misma”*, el proceso a través del cual la consultante logra reconocerse y aceptarse, a la par que lo hace de sus emociones, sentimientos y personalidad en general.

En este orden de ideas, siguiendo con los cambios cognitivos, la consultante nombra la “autenticidad” como uno de los principales cambios, efecto que también se relaciona con el proceso de cambio *“de la negación y la máscara a la verdad y el reconocimiento de sí misma”*, a través del cual la consultante comienza a aceptarse y a mostrarse y comportarse de acuerdo con sus pensamientos y emociones.

Sobre “hablar consigo misma”, otro de los efectos percibidos por la consultante, éste se encuentra reflejado también en el proceso de cambio *“de la negación y la máscara a la verdad y el reconocimiento de sí misma”*, que hace referencia a la aceptación de sí misma, lo que básicamente se da a través de la exploración de su experiencia interna. También este efecto se relaciona con el proceso de cambio referente a la *“aplicación de nuevas estrategias de afrontamiento”*, en la que la consultante comienza explorando sus propias estrategias de afrontamiento, para pasar a explorar nuevas estrategias y finalmente aplicarlas, dentro de las cuales se encuentra la exploración y aceptación de su experiencia interna. Esto, de hecho, va muy de la mano con lo que relata también en la entrevista de cambio la participante al consultarle específicamente por los efectos percibidos a nivel cognitivo, cuando relata percibir un cambio en

---

cuanto a “la capacidad de centrarse en identificar en cada momento lo que está sucediendo tanto interna como externamente”.

En cuanto al “autoconocimiento”, otro de los efectos cognitivos percibidos por la consultante, se puede relacionar con el proceso de cambio “*de la negación y la máscara a la verdad y el reconocimiento de sí misma*”, que hace referencia sobre todo al auto-reconocimiento y construcción de sí misma, lo que además le lleva a la aceptación de ella misma como persona en general y de sus emociones y sentimientos en particular.

Respecto a el “amor propio”, otro de los cambios cognitivos nombrados por la consultante en la entrevista de cambio, se relaciona con el proceso de cambio frente a la “*valoración de sí misma*”, a través del cual la consultante pasa de tener una valoración negativa de sí misma como persona, a una valoración positiva y una alta autoestima.

Otro de los cambios respecto a sus emociones nombrados por la participante del estudio en la entrevista de cambio, fue el de “darse el permiso de sentir” lo cual se relaciona con el proceso de cambio sobre el “*cambio de actitud frente a sus emociones*”, a través del cual la consultante comienza a percibir sus emociones como positivas y se permite sentir las y aceptarlas. También este efecto se relaciona con el proceso de cambio referente a “*aplicación de nuevas estrategias de afrontamiento*”, en la que la consultante comienza explorando sus propias estrategias de afrontamiento, para después explorar nuevas estrategias y finalmente aplicarlas, estando entre ellas la aceptación de sus emociones.

Otro de los efectos percibidos por parte de la consultante es la “proyección/estabilidad”, con lo que se refiere a su capacidad para sentirse estable y proyectarse. En este sentido, estos efectos también se relacionan con el proceso de “*cambio de actitud frente a sus emociones*”, a través del cual la consultante comienza a percibir sus emociones como positivas y se permite sentir las y aceptarlas, además de responsabilizarse de las mismas y modularlas.

Sobre la “mejora de las relaciones interpersonales”, otro de los efectos percibidos por la consultante, en los procesos de cambio también se reporta un cambio en este sentido, y es respecto al proceso “*de la mugre y esconderse a las relaciones genuinas*”, en la cual la consultante pasa a percibir y comportarse más genuinamente en sus relaciones interpersonales. A su vez, este efecto también se relaciona con el proceso “*de la negación y la máscara al reconocimiento de sí misma*”,

---

a través del cual alcanza a reconocerse y aceptarse a sí misma, lo que también influye en su capacidad de ser genuina cesando la búsqueda de la aprobación social.

Por último, la consultante nombra dos efectos percibidos respecto a su cuerpo, lo que, respecto a los procesos de cambio, se pueden relacionar con el proceso “*de la negación y la máscara al reconocimiento de sí misma*”, a través del cual alcanza a reconocerse y aceptarse a sí misma lo cual, como se ha mencionado anteriormente, se da a través del contacto con su cuerpo, la aceptación de sí misma y la transformación sobre la búsqueda de la aprobación social.

Cerrada la discusión sobre los procesos y los efectos de las intervenciones basadas en la experiencia de contacto, es de obligada mención lo hallado respecto a los factores moduladores de los procesos de cambio y los efectos hallados en este estudio. Tal y como se ha expuesto en los resultados, los factores moduladores de los procesos de cambio y los efectos de este proceso terapéutico, a juicio de la consultante y el terapeuta, han sido: la alianza terapéutica, las técnicas experienciales o experimentos, y la motivación para el cambio. No es de extrañar que en este estudio surjan como factores moduladores del cambio la alianza terapéutica y la motivación al cambio, ya Castonguay et al., (1996) nos advertían de la alta capacidad para explicar el cambio que tienen estos dos factores.

De hecho, la alianza terapéutica específicamente ha sido ampliamente estudiada e incluso nombrada como el predictor más robusto del éxito del tratamiento (Alexander y Luborsky, 1986; Horvath et al., 1993; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath y Symonds, 1991; Orlinsky et al., 1994, citados en Safran y Muran, 2000, p.25).

Lo destacable en este punto es la aparición de las técnicas experienciales como factores moduladores del resultado de la psicoterapia. Pocos son los estudios que se han centrado en determinar qué ocurre exactamente cuando se aplican técnicas experienciales, y los que se han encontrado, en concreto dos (Clarke y Greenberg, 1986; Paivio y Greenberg, 1995) han demostrado la eficacia de este tipo de técnicas. Ambos estudios se han basado en la silla vacía, la cual es una técnica de la Psicoterapia Gestalt y, además, cabe añadir, que ya Clarke y Greenberg (1986) en uno de estos dos estudios mencionados, anotaron que la silla vacía favorece la profundización de la experiencia emocional.

Por su lado, Zinker (2003), desde sus aportes a la terapia Gestalt, expone su visión teórica acerca de lo que ocurre durante estos experimentos, y es que se trata finalmente de provocar una

---

experiencia en terapia que lleve a la persona a la representación y experimentación de la vivencia de la persona ante determinadas situaciones, especialmente las que generan algún tipo de conflicto. De ahí que, con una focalización de la atención constante hacia la experiencia interna, se trata de explorar y modificar sus respuestas ante tal situación. De esta forma, la terapia Gestalt “pone el acento en la modificación del carácter de la persona durante la situación terapéutica misma. Cuando esa modificación sistemática de la conducta nace de la experiencia del cliente la llamamos "experimento" (Zinker, 2003, p.105).

Esto, por su lado, conversa con hallado en cuanto a que los experimentos se encuentran relacionados con el estadio 5 de la EXP Scale, el cual corresponde a una exploración intencional de los sentimientos y experiencias de la consultante, en la que ella plantea o define un problema y una hipótesis o proposición sobre sí misma. Cabe añadir que, altamente asociados a los fragmentos de EXP 5, están también los relatos y los sucesos sobre la exploración de la experiencia interna.

Con todo, no se puede pasar por alto el importante papel de las técnicas experienciales en el cambio terapéutico, lo cual en este trabajo la misma consultante nombra como factor facilitador del cambio, además de situarlo como la estrategia terapéutica más importante.

Sobre este asunto de las técnicas experienciales, se plantea en psicoterapia Gestalt que “nuestro instrumento metodológico básico es el experimento, una aproximación conductista para desplazarse hacia un funcionamiento nuevo” (Zinker, 2003, p.22). Así, durante la misma sesión terapéutica, se recrean metafóricamente experiencias internas de los consultantes, invitando a los mismos a la focalización de la atención en la exploración de su propia experiencia, y en la generación de nuevas respuestas ante tal situación. El mismo terapeuta en este estudio define los experimentos como el uso de elementos intermediarios que conectan a la consultante con su experiencia interna y facilitan la generación de una respuesta diferente, basada en sus necesidades y deseos personales. McGwire, en este sentido, sobre cómo se produce el cambio en terapia respecto a lo experiencial añade que para cambiar un símbolo, el terapeuta debe ayudar al cliente a salir del pensamiento o las estructuras de comportamiento existentes y entrar en contacto con la experiencia del momento, sin ningún concepto u otro símbolo, y ahí precisamente es donde ocurre el proceso de cambio (McGuire, 1984).

Es importante recalcar aquí que los relatos y sucesos terapéuticos más asociados a las técnicas experienciales o experimentos, los que constituyen “ la piedra angular del aprendizaje por

---

experiencia” (Zinker, 2003, p.105), son en los que la consultante realiza una exploración y elaboración interna del problema, además de la exploración de su experiencia interna, lo cual tiene sentido puesto que es precisamente el objetivo de estas experiencias: representar metafóricamente lo que está sucediendo en la vida real para propiciar el aprendizaje o “darse cuenta” de la consultante.

Por otra parte, cabe mencionar que todo este planteamiento sobre los factores moduladores, exceptuando este último hallazgo sobre las técnicas experienciales o experimentos como factores moduladores, no dista de todo lo propuesto desde el enfoque integrador de la psicoterapia, el cual se centra en el estudio de los factores comunes y procesos de cambio, concibiendo que los factores que mayor peso tienen son la alianza terapéutica y la actitud del consultante (Wampold, 2001; Lambert et al., 1986, Botella et al., 2015).

Con todo lo anterior cabe afirmar en respuesta al objetivo principal de la tesis, que efectivamente se dan procesos de cambio y efectos asociados a la experiencia de contacto en psicoterapia y que, además, procesos y efectos tienen una relación entre sí.

De todas maneras, sigue siendo clara la inquietud por seguir explorando e investigando los ingredientes comunes a los diferentes enfoques y lo que se puede aportar desde esta perspectiva a la psicoterapia en general, que seguir centrándose exclusivamente en sus diferencias. A partir de este trabajo, incluso cabe proponer que uno de los ingredientes comunes a estudiar sea la experiencia de contacto, ya que en este caso ha sido uno de los factores importantes para generar procesos de cambio y efectos.

Así, para que se produzca el cambio en terapia es necesaria la consecución de altos niveles de experiencia acompañados de la exploración de la experiencia interna a nivel cognitivo, emocional y corporal, que permita dar nuevos significados a lo tratado en terapia. Además, se encuentra de vital importancia trasladar esta capacidad para prestar atención a la experiencia interna en la vida cotidiana.

Sobre el diseño de esta investigación, cabe mencionar que en este caso ha sido fundamental la escogencia de la metodología de investigación de proceso-resultado, ya que ha sido únicamente a través de ella que se ha permitido poner en relación los procesos de cambio y los efectos asociados a la experiencia de contacto en psicoterapia, mostrando que efectivamente hay relación entre los



---

mismos y permitiendo ahondar en dicha relación, además del hecho de poder partir de un supuesto de efectividad para el análisis de los procesos de cambio.

Como dificultades generales de este trabajo, se destaca la dificultad para generalizar los hallazgos debido al pequeño tamaño de la muestra. Aunque el diseño era de caso único y los datos obtenidos se han analizado muy exhaustivamente, éstos corresponden a un sólo caso. Sin embargo, lo hallado en el presente trabajo coincide en gran medida con los hallazgos de otros autores en el campo de los procesos de cambio que han tenido la capacidad de generar estudios con mayor respaldo empírico (Pascual-Leone y Greenberg, 2007; Krause et al., 2006).

Aún con esta dificultad, se destaca la iniciativa por llevar a cabo estudios empíricos en el campo de la psicoterapia humanista, especialmente la psicoterapia Gestalt, ya que, como se ha expuesto ampliamente en el presente estudio, los estudios actuales en el marco de la PBE amparan casi exclusivamente las Terapias Cognitivo-Conductuales mientras que otro tipo de tratamientos psicológicos pierden respaldo por su poca evidencia científica. De esta forma, según Primero y Moriana:

Algunos de los tratamientos de amplio uso (p.ej. psicoanalíticos y humanistas) “no participan de la carrera”, ya que no han sido estudiados de forma rigurosa (porque son prolongados, difícilmente manualizables, y con objetivos no asimilables a la reducción de síntomas). Pero estas dificultades no les eximen de la necesidad de evaluar los resultados y generar guías de práctica clínica. (Primero y Moriana, 2011, p.193)

Así, mediante el presente estudio se resalta la necesidad de seguir evaluando los resultados de otros tipos de psicoterapia con el objetivo de determinar los procesos de cambio y los efectos asociados a las mismas, las cuales pueden contener factores importantes para el cambio que podrían ser de utilidad para la psicoterapia en general. En este sentido, se recomienda la continuación de la investigación sobre la experiencia de contacto a futuro, integrando perspectivas teóricas y técnicas terapéuticas diversas, y combinando los estudios de proceso-resultado y otros diseños de investigación que permitan evidenciar los efectos terapéuticos.

---

## 9 Conclusiones

1. Se puede afirmar a partir de los resultados que efectivamente se produjeron efectos y procesos de cambio asociados a la experiencia de contacto en psicoterapia y que, además, los procesos y los efectos tienen relación entre sí.

1.1. Los procesos de cambios hallados fueron; de la negación y la máscara a la verdad y el reconocimiento de sí misma, de la evitación y valoración negativa de las emociones hacia la conciencia, aceptación y experimentación de las mismas , de la evitación experiencial a la exploración y aplicación de nuevos recursos de afrontamiento , de la autovaloración negativa a la autovaloración positiva , de la búsqueda de aprobación a las relaciones genuinas.

2.2. Se hallaron mejoras significativas a nivel cognitivo, emocional, conductual y corporal, específicamente en cuanto a indicadores de salud mental; ausencia de afectividad positiva tanto en Estado como en Rasgo, en Ansiedad/Estado, en su autoaceptación, dominio del entorno, propósito en la vida, relaciones positivas y crecimiento personal.

3.2 Los procesos y los efectos están relacionados entre sí

2. La experiencia de contacto atravesada por la exploración de la experiencia interna acompañada de altos niveles de experiencia es un ingrediente fundamental de la psicoterapia.

3. Se propone un modelo procesual de cambio en psicoterapia en el que es fundamental la autopercepción y la identificación de las propias emociones, pensamientos, conductas, es decir, la exploración de la experiencia interna, el reconocimiento de los aspectos problemáticos y la necesidad de cambio, la exploración y aplicación de nuevos recursos de afrontamiento y el trabajo gestión emocional, lo que genera sentimientos de auto valía y un cambio en la competencia frente a su propia vida y sus conflictos.

---

## Referencias

- Agudelo, D.M., Gómez, Y. y López, P.L. (2014). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER) con una muestra de población general colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1), p. 71-84. <https://doi.org/b8tg>
- Agudelo, D., Casadiegos, C., y Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1, 34-39.
- Alberts, H. J., Schneider, F., & Martijn, C. (2012). Dealing efficiently with emotions: Acceptance-based coping with negative emotions requires fewer resources than suppression. *Cognition & Emotion*, 26(5), 863-870. <https://doi.org/10.1080/02699931.2011.625402>
- Álvarez, M. P. (2014). *Tercera Generación*. Editorial Síntesis.
- Baker, R., Owens, M., Thomas, S., Whittlesea, A., Abbey G., Gower, P., Tosunlar, L. & Corrigan, E. (2012). Does CBT facilitate emotional processing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 19–37.
- Basto I, y Salgado, J (2014). La investigación sobre el proceso de cambio en psicoterapia y los diferentes enfoques terapéuticos: Un análisis de los mecanismos cognitivos y emocionales. *Revista de Psicoterapia*, 25 (99), 31–47.
- Bedard, D. L. (2008). *An investigation of clients' emotional processing in process-experiential and cognitive-behavioural therapies: Processing with head and heart*. [tesis de maestría/doctorado no publicada] University of Toronto (Canada), Ann Arbor.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1230-1237. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.005>
- Bohart, A. (1992) Un modelo integrador de proceso para la Psicopatología y la Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 3(9), 49-74.
- Bohart, A. C. (1993). Experiencing: The basis of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3(1), 51-67.
- Botella, L., Maestra, J., Feixas, G., Corbella, S. y Vall, B. (2015) Integración en psicoterapia 2015: Pasado Presente y futuro. *Revista de psicoterapia* 28(108).

- 
- Brabete, A. (2014). El Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(37), 11-29.
- Brown, J. (1987). A review of meta-analyses conducted on psychotherapy outcome research. *Clinical Psychology Review*, 7, 1-23.
- Buela, G., Guillén, A., Seisdedos, N. (2015). *Stai: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Tea ediciones.
- Carabelli, E. (2013). *Entrenamiento en Gestalt*. Editorial del Nuevo Extremo S.A.
- Castanedo, C. (1997a). *Terapia Gestalt, Enfoque centrado en el aquí y ahora*. Herder.
- Castanedo, C. (1997b). *Grupos de encuentro en Terapia Gestalt, De la "silla vacía" al círculo gestáltico*. Herder.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J. & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- Chambers R., Gullone E., Allen N. (2009) Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clin Psychol Rev*, 29(6), 560-72. doi: 10.1016
- Chiesa, A. y Serreti A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of alternative and complementary medicine*. 15(5), 593. doi: 10.1089/acm.2008.0495
- Clarke, K., & Greenberg, L. S. (1986). The differential effects of Gestalt two chair and cognitive problem solving in resolving decisional conflict. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 11-15.
- Coolican, H. (2005) *Métodos de Investigación y Estadística en Psicología*. Manual Editorial Moderno.
- Daldrup, R. J., Engle, D., Holiman, M., & Beutler, L. E. (1994). The intensification and resolution of blocked affect in an experiential psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(2), 129-141.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens Body and emotion in the making of consciousness*. Harcourt Brace & Company.

- 
- Dosamantes-Alperson, E. (1981). The interaction between movement and imagery in experiential movement psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 18(2), 266-270.
- De Castro, A., Gómez Peña, A. (2011). Corporalidad en el contexto de la psicoterapia. *Psicología desde el Caribe*, 27, 223-252.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Dosamantes-Alperson, E., y Merrill, N. (1980). Growth effects of experiential movement psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 17(1), 63-68.
- Duero, D.G. (2003) *La Gestalt como teoría de la percepción y como epistemología: aportes y desarrollos*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135. <https://doi.org/10.1080/10503300903470743>
- Ellison, JA, Greenberg, LS, Goldman, RN y Angus, L. (2009). Mantenimiento de ganancias después de terapias experienciales para la depresión. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 77 (1), 103-112. <https://doi.org/10.1037/a0014653>
- Echeburua, E., Salaberria, K., de Corral, P., Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 247-256.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy research: An evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319- 324.
- Felder, R., Weiss, A. (1991). *Experiential psychotherapy. A Symphony of Selves*. Rowman Littlefield Publishing Group Inc.
- Farkas, C., Elena B.E. y Santelices M.P. (2010). Análisis de momentos de cambio en el proceso terapéutico adelantado bajo la modalidad de un taller grupal psicoeducativo con embarazadas primigestantes. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 409-422.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. y (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Francesetti, G., Gecele, M., y Roubal, J. (2013) *Terapia Gestalt en la práctica clínica. De la psicopatología a la estética del contacto*. Franco Angeli sl.
- Frías, M., & Pascual, J. (2003). Psicología Clínica basada en pruebas: efecto del tratamiento. *Papeles Del Psicólogo*, 24(85), 11-18.

- 
- Gavino, A. (2004). *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. Pirámide.
- Gimeno-Bayón, A. (2017). Experiencia y existencia en las Psicoterapias Humanistas. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 207-229. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i107.177>
- Ginger, S. (1993). *La Gestalt: una terapia de contacto*. Ediciones Copilco.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press.
- Goldman, RN, Greenberg, LS y Angus, L. (2006). Los efectos de agregar intervenciones centradas en las emociones a las condiciones de la relación centrada en el cliente en el tratamiento de la depresión. *Investigación en psicoterapia*, 16 (5), 536–546. <https://doi.org/10.1080/10503300600589456>
- Goldman, R. H., Greenberg, L. S., & Pos, A. E. (2005). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research*, 15, 248–260. <https://doi.org/10.1080/10503300512331385188>
- Goldman, R. N. (1997). *Change in thematic depth of experiencing and outcome in experiential psychotherapy*. [Dissertation]. York University (Canada).
- Greenberg, L. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.1.4>
- Greenberg L., Rice L., Elliot R. (1993). *Facilitando el cambio emocional*. Ediciones Paidós.
- Greenberg, L., Elliott, R., Pos, A. (2015). La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto. *Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 5.
- Greenberg, L., Watson, J. (1998). Experiential Therapy of Depression: Differential Effects of Client-Centered Relationship Conditions and Process Experiential Interventions. *Psychotherapy research*, 8, 210-224.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573.
- Hayes, S., Jacobson, N., Follete, V. y Dougher, M. (1994). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Context Press.
- Heidegger, M. (1997). *Ser y tiempo*. Editorial Universitaria. (Original publicado en 1927)
- Heitler, S. (1992). Review of Experiential therapy: A symphony of selves. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29(4), 685–686.

- 
- Herrmann, I. R., Greenberg, L. S., & Auszra, L. (2014). Emotion categories and patterns of change in experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research, 26*(2), 178–195. <https://doi.org/10.1037/0000112-002>
- Hervás, G. y Moral, G. (2017). Regulación emocional aplicada al campo clínico. *FOCAD para División de Psicoterapia, 1*, 1-40.
- Hill, C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 288-294.
- Jacobson, N. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.
- Jha, A., Krompinger, J. y Baime, M. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, affective & behavioral neuroscience, 7*(2), 109-190. doi: 10.3758
- Kabat-Zinn J. (1990). *Full catastrophe living: How to cope with stress, pain and illness* using mindfulness meditation. Dell.
- Kazdin, A.E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*, 418-428. <https://doi.org/10.1037/a0015685>
- Klein, M., Mathieu, P., Gendlin, E. y Kiesler, D. (1969). *The Experiencing Scale. A Research and Training Manual 1*, 56-63.
- Krause, M., Altimir, C. (2016). Desarrollo actual en la investigación del proceso psicoterapéutico. *Estudios de Psicología, 37*(2-3), 212-225. <https://doi.org/10.1080/02109395.2016.1227574>
- Krause, M., Altimir, C., Pérez, J. C., & de la Parra, G. (2015). Generic change indicators in therapeutic processes with different outcomes. *Psychotherapy Research, 25*(5), 533–545. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.935516>
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio: Una mirada desde la subjetividad*. Ediciones Universidad Católica.
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben.Dov, P., Reyes, L., Altimir c., Ramírez, I., (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología, 38*(2), 299-325.

- 
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A. y Bergin, A. E. (1986). *The effectiveness of psychotherapy. Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley.
- Leijssen, M. (1996-1997). Focusing processes in client-centered/experiential psychotherapy: An overview of my research findings. *The Folio: A Journal for Focusing and Experiential Therapy* 15(2), 1-6.
- Levitt, H., Butler, M, & Hill, T. (2006). What Clients Find Helpful in Psychotherapy: Developing Principles for Facilitating Moment-to-Moment Change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314–324. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.314>
- Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H. y Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: the effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1201-1209. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.001>
- López, A. (2018). Psicoterapia experiencial orientada al focusing: una visión general. *Revista de psicoterapia*, 29, 241-256. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.236>
- Luborsky, L. (2001). The only clinical and quantitative study since Freud of the preconditions for recurrent symptoms during psychotherapy and psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 82(6), 1133-1154. <https://doi.org/10.1516/XBXL-7WWX-4MUF-38F5>
- Luciano, M. y Valdivia, M. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.
- Macías, M.A., Madariaga, C. Valle, M. y Zambrano, J. (2013) Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 23-145.
- Mahrer, A. (1985) *Psychotherapeutic change. An alternative approach to meaning and measurement*. W. W. Norton & Co.
- Mahrer, A. R. (1993). Transformational psychotherapy sessions. *Journal of Humanistic Psychology*, 33(2), 30-37. <https://doi.org/10.1177/0022167893332005>
- Mahrer, A. R. & Boulet, D. B. (1999). How to do discovery oriented psychotherapy research. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1481-1493. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199912\)55:12<1481::AID-JCLP6>3.0.CO;2-#](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199912)55:12<1481::AID-JCLP6>3.0.CO;2-#)



- 
- Mahrer, A. R., & Fairweather, D. R. (1993). What is "experiencing"? A critical review of meanings and applications in psychotherapy. *The Humanistic Psychologist, 21*(1), 2-25. <https://doi.org/10.1080/08873267.1993.9976903>
- Mathieu-Coughlin, P., & Klein, M. (1984). *Experiential psychotherapy: Key events in client-therapist interaction. Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapeutic process.* Guilford.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas, la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología, 40*, 26-34.
- Maslow, A. (2007). *El hombre autorrealizado, hacia una psicología del ser.* Kairos. (Original publicado en 1973)
- McGuire, K. (1984) *The experiential dimension in psychotherapy.*
- Mejía, A., Pastrana, J. & Mejía, J. (2011). *La autoestima, factor fundamental para el desarrollo de la autonomía personal y profesional.* XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación. Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- MINSALUD (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental.* Tomo 1. Bogotá: Colombia.
- Missirlian, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H., & Greenberg, L. S. (2005). Emotional arousal, client perceptual processing, and the working alliance in experiential psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 861–871. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.861>
- Moriana, J., Martínez, V. (2011). La Psicología Basada de la Evidencia y el diseño de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*(2), 10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353
- Oñate, M. (1989). *Autoconcepto, formación medida e implicaciones en la personalidad.* Narcea S.A de Ediciones.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa. Una delimitación clínica.* Ediciones ICPSI.
- Pagnini, F., Bercovitz, K. y Langer, E. (2016). Control percibido y atención plena: implicaciones para la práctica clínica. *Revista de integración de psicoterapia, 26*(2), 91-102. <https://doi.org/10.1037/int0000035>
- Paivio, S. C. (2013). Essential processes in emotion-focused therapy. *Psychotherapy, 50*(3), 341–345. <https://doi.org/10.1037/a0032810>

- 
- Paivio, S.C. y Greenberg, L.S. (1995). Resolución de "asuntos pendientes": eficacia de la terapia experiencial mediante el diálogo de silla vacía. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 63(3), 419–425. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.3.419>
- Pallaro P. (1996) Self and body-self: Dance/movement therapy and the development of object relations. *The Arts in Psychotherapy*, 23, 113-119. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(95\)00061-5](https://doi.org/10.1016/0197-4556(95)00061-5)
- Pascual-Leone, A., & Kramer, U. (2017). Developing Emotion-Based Case Formulations: A *Research-Informed Method*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(1), 212–225. <https://doi.org/10.1002/cpp.1998>
- Pascual-Leone, A., y Yeryomenko N. (2017). The client “experiencing” scale as a predictor of treatment outcomes: *A meta-analysis on psychotherapy process*. *Psychotherapy Research*, 27(6), 653–665. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1152409>
- Pascual-Leone A., y Greenberg L. (2007). Emotional Processing in Experiential Therapy: Why “the Only Way Out Is Through”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875–887.
- Peláez, M. del S., Lozada, M. y Olano, N. (2013). Re-conocer los pasos, retos para el futuro: La investigación en psicología humanista. *Psicología desde el Caribe*, 30(2), 9.
- Peñarrubia, F. (1999) *Terapia Gestalt. La Vía del Vacío Fértil*. Alianza Editorial S.A. (Original publicado en 1998)
- Perls, Frederik S. (2012). *Sueños y existencia*. Cuatro Vientos. (Original publicado en 1969)
- Perls, F., Hefferline, R. y Goodman, P. (2001). *Terapia Gestalt. Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Sociedad de cultura Valle Inclán. (Original publicado en 1951)
- Picó D. (2014) *Una introducción a la terapia gestalt*. Terapiados.
- Pineda Roa, C., Castro Muñoz, J., & Chaparro Clavijo, R. (2017). Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 45-55.
- Pinheiro, P., Mendes, I., Silva, S., Gonçalves, MM y Salgado, J. (2018). Procesamiento emocional y cambio terapéutico en la depresión: un estudio de caso. *Psicoterapia*, 55 (3), 263-274. <https://doi.org/10.1037/pst0000190>

- 
- Pos, A., Greenberg, L., Warwar, S. (2009). Testing a Model of Change in the Experiential Treatment of Depression. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1055-1066. <https://doi.org/10.1037/a0017059>
- Pos, A.E., Greenberg, L.S., Goldman, R.N. y Korman, L.M. (2003). Procesamiento emocional durante el tratamiento experiencial de la depresión. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 71(6), 1007–1016. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1007>
- Poggio, L. (1998). *Taller de Fenomenología II*. Universidad Católica Boliviana San Pablo. La Paz, Bolivia.
- Primero, G. y Moriana, J.A. (2011). Tratamientos con apoyo empírico. Una aproximación a sus ventajas, limitaciones y propuesta de mejora. *Revista de Investigación en Psicología*. 14(2), p.271-276.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1986). *Toward a comprehensive model of change. Treating addictive behaviors: Processes of change*. Plenum Press.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. Oxford series in clinical psychology. *Handbook of psychotherapy integration* 2, 147–171. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195165791.003.0007>
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18(1), 51-60. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(80\)90069-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(80)90069-8)
- Rey, C., Guerrero, S. (2012). Tendencias de proyectos de investigación en psicología clínica en Colombia. *Psicología desde el caribe*, 29(1), 176-204.
- Reyes, L. (2005) *Lenguaje y Cambio Terapéutico: Un Análisis desde los Actos de Habla*. [tesis de maestría, Universidad de Chile]. Repositorio CONICYT. [http://repositorio.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/180002/OSORIO\\_FRANCISCO\\_2006M.pdf?sequence=1](http://repositorio.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/180002/OSORIO_FRANCISCO_2006M.pdf?sequence=1)
- Ritterband, L.M. y Spielberger, C. D. (1996). Construct validity of the Beck Depression Inventory as a measure of state and trait depression in nonclinical populations. *Depression and Stress*, 2, 123-145.
- Rogers, S. D., & White, S. L. (2017). Experiential reframing: A promising new treatment for psychosocial and existential trauma. *Practice Innovations*, 2(1), 27-38. <https://doi.org/10.1037/pri0000040>

- 
- Rogers, C. (1992). *El Proceso de Convertirse en Persona*. Paidós (Original publicado en 1961)
- Rojas, L., Castaño, G. A., Restrepo, D.P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Ces Medicina*, 32, 129-140.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Safran, J. D., y Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Santacruz S., Valiente X., Velásquez L., Lazcano P. (s.f.) *Introducción a la terapia Gestalt. Orígenes de la terapia Gestalt*. <https://clasepatxi.files.wordpress.com/2011/02/introduccion-terapia-gestalt.pdf>
- Sartre, J.P. (1999). *El existencialismo es un humanismo*. Edhasa. (Original publicado en 1946).
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychology Bulletin*, 126(4), 512-529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.4.512>
- Smith, E.C., & Grawe, K. (2005). Which therapeutic mechanisms work when? A step towards the formulation of empirically validated guidelines for therapists' session-to-session decisions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 112-123.
- Spielberger, C. D., Buena-Casal, G. y Agudelo, D. (2008). *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)*. TEA Ediciones.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.D. (1970). *STAI: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press.
- Stevens, J.O. (2012). *El darse cuenta. Sentir, imaginar, vivenciar*. Cuatro Vientos.
- Stiles, W.B. (2011) Coming to terms. *Psychotherapy research*, 21, 367-284. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.582186>
- Strauss, A. y Corbin J., (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia. (Original publicado en 1998).

- 
- Teasdale J., Segal Z., Williams J., Ridgeway V., Soulsby J. y Lau MA(2000). Prevención de recaídas / recurrencias en la depresión mayor mediante terapia cognitiva basada en la atención plena . *Revista de consultoría y psicología clínica* , 68 , 615–623. doi: 10.1037
- Timulak, L., McElvaney, J., Keogh, D., Martin, E., Clare, P., Chepukova, E., & 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>
- Toukmanian, S., Jadaa, D, Armstrong, M. (2010) Change Processes in Clients' Self-Perceptions in Experiential Psychotherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 9(1), 37-51. <https://doi.org/10.1080/14779757.2010.9688503>
- Vaimberg, R. y Lombardo M. (2015). *Psicoterapia de grupo y psicodrama. Teoría y Técnica*. Ediciones Octaedro.
- Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echavarrí, O., Ben-Dov, P., Arístegui, R., De la Parra, G. (2005). Proceso de Cambio Psicoterapéutico: Análisis de Episodios Relevantes en una Terapia Grupal con Pacientes Adictos. *PSYKHE*, 14(2) 3-18. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282005000200001>
- Vásquez, F. (2000). *La Relación Terapéutica del Aquí y el Ahora en Terapia Gestáltica*. Anales de la Facultad de Medicina.
- Villa, I.C., Zuluaga, C. y Restrepo L.L. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(3), 532-545.
- Wakabe, S., & Conceicao, N. (2016). Metatherapeutic processing as a change-based therapeutic immediacy task: Building an initial process model using a task-analytic research strategy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(3), 230-247.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wampold B.E., Minami, T., Baskin, T. W., y Tierney, S. C. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus “other therapies” for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68(2-3), 159-165. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00287-1](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00287-1)

- 
- Warwar, S. H. (2004). *Relating emotional processes to outcome in experiential psychotherapy of depression*. [Unpublished doctoral dissertation] York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Warwar, S., y Greenberg, L. S. (1999). *Emotional processing and therapeutic change*. Paper presented at the International Society for Psychotherapy Research Annual Meeting. Braga, Portugal.
- Watson, J., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 773–781. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.773>
- Wyatt, C., Harper, B. y Weatherhead, S. (2014). La experiencia de las intervenciones grupales basadas en la atención plena para personas con dificultades de salud mental: una meta-síntesis. *Investigación en psicoterapia, 24*, 214-218.
- Zinker, J. (2003) *El proceso creativo en la terapia Gestáltica*. Editorial Paidós Mexicana. (Original publicado en 1977).

---

**Anexo 1: Consentimiento informado para la consultante**

Esta es una invitación a participar en calidad de consultante en una investigación sobre el *proceso de cambio y los efectos de la experiencia de contacto en psicoterapia*. La investigadora responsable es June Atxa Estalayo, del Grupo de Investigación PSICOG de la Universidad de Antioquia.

ASENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN DE LOS CONSULTANTES INCLUIDOS EN  
EL ESTUDIO “PROCESO DE CAMBIO Y EFECTOS DE LA EXPERIENCIA DE  
CONTACTO EN PSICOTERAPIA”

Yo.....  
....., he sido invitado/a a participar en un estudio perteneciente al Grupo de Investigación de PSICOG de la Universidad de Antioquia. Este es un proyecto de investigación doctoral acerca del proceso de cambio y los efectos de la experiencia de contacto en psicoterapia. Su finalidad es aportar conocimiento científico sobre el cambio psicoterapéutico asociado a la experiencia de contacto en el proceso psicoterapéutico.

Estoy informado que en este estudio se grabarán en video y en audio todas las sesiones psicoterapéuticas, en las cuales yo participaré como consultante. Se me informó que el tratamiento psicoterapéutico tendrá una duración aproximada de 5 meses, equivalente a una sesión de terapia semanal. Además, entiendo que contestaré algunos cuestionarios sobre mis principales dificultades y fortalezas psicológicas y sobre mi visión de las sesiones y de la terapia. Estos cuestionarios se aplicarán al inicio y al final de la terapia. Al finalizar el tratamiento, se

---

me contactará para una entrevista sobre la experiencia de la terapia que tendrá una duración aproximada 45 minutos. También se me contactará dos veces a lo largo del tratamiento para realizar una entrevista de la misma duración aproximada. Entiendo que la información de mi terapia tendrá un trato confidencial, no será publicada en su versión original ni en forma alguna que permita mi identificación. Toda la información, de las entrevistas o las sesiones de terapia, será asociada a un código o número de identificación y por lo tanto, será anónima. Asimismo, entiendo que toda esta información será almacenada y resguardada en un computador con clave de seguridad y será utilizada sólo por el equipo de investigación definido para esta investigación.

También estoy de acuerdo en que el material de video que se extraiga de las sesiones de terapia podrá ser usado con fines pedagógicos, solo en contextos clínicos controlados estrictamente por la investigadora principal. Se me ha informado que el transcriptor y editor que tendrán acceso a los videos para su procesamiento firmarán una carta de compromiso de confidencialidad.

También sé que mi participación y la de mi terapeuta son voluntarias y que, participe o no en este estudio, recibiré todas las atenciones regulares que realiza el servicio de psicología en la institución donde resido. Asimismo, sé que puedo negarme a participar o retirarme en cualquier momento del estudio, sin que esta decisión tenga un efecto negativo sobre la atención que recibo o sobre la posibilidad de ser atendido/a nuevamente en otras ocasiones. Si decido retirarme del estudio puedo solicitar que se retiren todos mis datos almacenados.



---

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a June Atxa Estalayo, investigadora responsable de este estudio, profesora Universidad de Antioquia. Su teléfono es: 3003938499 y su email: june.atxa@udea.edu.com.

Sí, he leído y entiendo este documento y estoy de acuerdo en participar en este estudio.[1]

.....

Firma del Consultante

.....

Firma de la investigadora responsable del estudio

.....

Lugar y fecha

---

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN DE TERAPEUTAS EN EL ESTUDIO  
“PROCESO DE CAMBIO Y EFECTOS ASOCIADOS A LA EXPERIENCIA DE  
CONTACTO EN PSICOTERAPIA”

Esta es una invitación a participar en calidad de terapeuta en una investigación sobre el *proceso de cambio y efectos de la experiencia de contacto en psicoterapia*. La investigadora responsable es June Atxa Estalayo, del Grupo de Investigación de PSICOG de la Universidad de Antioquia. Por favor lea cuidadosamente esta información antes de decidir si desea participar o no en el estudio.

Yo.....  
....., he sido invitado/a a participar en un estudio perteneciente al Grupo de Investigación de PSICOG de la Universidad de Antioquia. Este es un proyecto de investigación de maestría acerca del proceso de cambio y los efectos asociados a la experiencia de contacto en psicoterapia. Su finalidad es aportar conocimiento científico sobre el cambio psicoterapéutico en los procesos de psicoterapia.

Estoy informado(a) que en este estudio se grabarán en video y en audio todas las sesiones psicoterapéuticas, en las cuales yo participaré en calidad de terapeuta. Entiendo que estaré a cargo del tratamiento psicoterapéutico de cuatro personas adultas. Sé que cada proceso tendrá una duración aproximada de 5 meses, equivalente a una sesión de terapia semanal con cada paciente. Además, entiendo que al finalizar el tratamiento se me contactará para una entrevista sobre la experiencia de la terapia que tendrá una duración aproximada de 1 hora. También se les preguntará a mis pacientes sobre el proceso terapéutico.

---

Entiendo que la información de las terapias tendrá un trato confidencial, no será publicada en su versión original ni en forma alguna que permita mi identificación o la del consultante. Toda la información, de las entrevistas o las sesiones de terapia, será asociada a un código o número de identificación y por lo tanto, será anónima. Asimismo, entiendo que toda esta información será almacenada y resguardada en un computador con clave de seguridad y será utilizada sólo por el equipo de investigación definido para esta investigación.

También estoy de acuerdo en que el material de video que se extraiga de las sesiones de terapia podrá ser usado con fines pedagógicos, solo en contextos clínicos controlados estrictamente por la investigadora principal. Se me ha informado que el transcriptor y editor que tendrán acceso a los videos para su procesamiento firmarán una carta de compromiso de confidencialidad.

Estoy en conocimiento de que si el consultante o yo decidimos retirarnos del estudio, podemos solicitar que se retiren todos los datos del estudio. También sé que mi participación y la del/la consultante es voluntaria y que la no participación en el estudio no tendrá consecuencias negativas para mí ni para el proceso terapéutico. A su vez, entiendo que, en calidad de terapeuta puedo poner término al registro en audio y video de las sesiones si considero que este está interfiriendo negativamente en el proceso.

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a June Atxa Estalayo, investigadora responsable de este estudio, profesora Universidad de Antioquia. Su teléfono es el 3003938499 y su email es [june.atxa@udea.edu.co](mailto:june.atxa@udea.edu.co).

Sí, he leído y entiendo este documento y estoy de acuerdo con participar en este estudio.

.....

Firma del/la Terapeuta

.....

Firma de la investigadora responsable del estudio

.....

Lugar y fecha

**Anexo 3: Compromiso de confidencialidad para transcriptores**

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD - TRANSCRIPTORES

---

Yo \_\_\_\_\_, he sido invitado a participar en el estudio *proceso de cambio en psicoterapia con niños institucionalizados* perteneciente al Grupo de Investigación de PSICOG. La investigadora responsable es June Atxa Estalayo. Su finalidad es aportar conocimiento científico sobre el cambio psicoterapéutico asociado a la experiencia de contacto.

Entiendo que en este estudio se grabarán – en video y audio - sesiones psicoterapéuticas, y mi participación será exclusivamente como transcriptor(a) de dichas sesiones. Entiendo que la información deberá ser manejada confidencialmente. Me comprometo a no copiar el material y devolver toda la información sobre la cual he estado trabajando, una vez termine mi trabajo de transcripción. También sé que no debo comentar con nadie los contenidos de las sesiones transcritas.

---

Firma del Participante

Fecha

---

Nombre del Participante

---

Firma del Investigador

Fecha

---

Identificación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Anexo 4: Entrevista final de cambio a la consultante**

**Entrevista final de cambio a la consultante**

---

**Preguntas generales centradas en el presente**

1. ¿Cómo te sientes hoy?
2. ¿Cómo ha sido la terapia para ti hasta ahora? ¿Cómo has sentido estar en terapia?
3. ¿Cuál fue tu motivo de consulta? ¿Por qué decidiste iniciar un proceso psicológico?
4. Si compara con la actualidad, ¿cómo te sientes con esas cosas ahora?

**Cambios**

1. ¿Hubo algún cambio notorio en ti durante el proceso psicoterapéutico? (Por ejemplo, ¿Está haciendo, sintiendo o pensando de manera diferente a como lo hacía antes?
  - a. ¿Cómo ha cambiado tu manera de pensar?
  - b. ¿Cómo ha cambiado tu manera de actuar?
  - c. ¿Ha cambiado algo en tu manera de sentir o en tus emociones?
2. ¿Hay personas cercanas tuyas que te han hecho comentarios sobre algún cambio que hayan percibido en ti después de que estuviste en terapia?
3. ¿A qué atribuyes o qué crees que ha provocado estos cambios? (Tanto fuera de la terapia como en la misma)
4. ¿Puedes resumir lo que ha sido útil en la terapia hasta ahora? (Ejemplos, eventos específicos?
5. ¿Hubo cambios negativos en algún sentido en el transcurso de la terapia? ¿Cuáles? ¿Por qué?

**Valoración de los cambios**

## Lista de cambios

Cambio	El cambio fue: 1 - esperado 3 - ninguno 5 - inesperado	Sin terapia: 1 - improbable 3 - ninguno 5 - probable	Importante: 1-nada 2- ligeramente 3- moderadamente 4-muy 5- extremadamente
1.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5



6.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

### Proceso de cambio

1. ¿Identificas algo particular de la terapia que pudo favorecer el (los) cambio(s) percibido(s)? Dar ejemplos de aspectos generales a través de eventos específicos.
2. ¿Recuerdas algún ejercicio que se llevó a cabo en terapia y que te ayudara al cambio? ¿Cuáles?
3. ¿De qué manera se produjo el cambio durante esos ejercicios?
4. De todas las estrategias, cuál fue en orden lo más relevante en tu proceso terapéutico

Estrategia	Orden (1-9)
Formulación de preguntas	
Interpretaciones en forma de afirmaciones	
Orientaciones (como entrega de información sobre una situación)	

Indicaciones (sobre el comportamiento)	
Invitación a contactarte con tus pensamientos, emociones y cuerpo aquí y ahora.	
Experiencias / simulaciones (contactarme simbólicamente con una situación concreta)	
Tarea (prácticas en la vida real)	
Otras	

5. Si recordamos alguna situación en la que tuviste alguna experiencia de contacto, ¿Cómo crees que ocurrió el cambio ahí? ¿Cómo cambió algo en ti cuando estaba ocurriendo esa experiencia? (Lo que te surja)

### **Relación**

1. ¿Cómo valoras que ha sido la relación con tu terapeuta? (especificar calidad de la relación).
2. ¿Hubo situaciones de incomodidad en las sesiones con el terapeuta?
3. ¿Cómo te sentías con la grabación de las citas?

**Aspectos problemáticos**

1. ¿Qué tipo de cosas sobre la terapia han sido obstaculizadoras, inútiles, negativas o decepcionantes para usted? (Por ejemplo, aspectos generales. Eventos específicos).
2. ¿Hubo cosas en la terapia que fueron difíciles o dolorosas, pero aún así estaban bien o quizás fueron útiles? ¿Que eran?
3. ¿Hay algo que sientes que faltó en tu proceso? (¿Qué haría / ha hecho que su terapia sea más efectiva o útil?)
4. ¿Hay algo que quisieras cambiar y que no se ha desarrollado en el transcurso de la terapia?
5. ¿Crees que hay aspectos tuyos que podrían haber dificultado o entorpecido el objetivo de la terapia?

**Sugerencias**

1. ¿Tiene alguna sugerencia para nosotros, con respecto a la investigación o la terapia?  
¿Tienes algo más que quieras decirme?

**Anexo 5: Entrevista final de cambio para el terapeuta****Entrevista final de cambio para terapeutas****Preguntas generales acerca del proceso terapéutico**

1. ¿Cuál fue el motivo de consulta inicial de la consultante?
2. ¿Cuáles eran los objetivos terapéuticos iniciales en este caso?
3. Respecto del motivo de consulta inicial de la consultante ¿Cómo crees que ha ido evolucionando?
4. ¿Cuáles creen que fueron los principales logros del proceso terapéutico?

### **Identificación de cambios**

5. ¿Hubo algunos cambios notorios en la consultante durante el proceso?. Por ejemplo ¿está haciendo, sintiendo o pensando de manera diferente a como lo hacía inicialmente? ....

Exactamente:

- a. ¿Cómo ha cambiado su manera de pensar?
- b. ¿Cómo ha cambiado su manera de actuar?
- c. ¿Cómo ha cambiado su manera de procesar, tomar conciencia de sus emociones o regularlas?

### **Valoración de los cambios**

## Lista de cambios

Cambio	<u>El cambio fue:</u> 1 - esperado 3 - ninguno 5 - inesperado	<u>Sin terapia:</u> 1 - improbable 3 - ninguno 5 - probable	<u>Importante:</u> 1-nada 2- ligeramente 3- moderadamente 4-muy 5- extremadamente
1.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

---

6.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

6. ¿Cuáles de estos cambios podrían considerarse como mejorías significativas respecto a los objetivos terapéuticos iniciales?
7. ¿Estos cambios fueron identificados, nombrados o valorados a su vez por parte de la consultante durante el proceso terapéutico? En caso afirmativo, ¿cuáles de estos cambios también fueron enunciados por la consultante durante el proceso y, a medida que recuerde, podría comentar cómo la consultante hacía referencia a estos cambios y en qué momento del proceso?
8. En su opinión, ¿qué aspectos asociados a la demanda inicial de la consultante o de los objetivos terapéuticos no cambiaron durante el proceso terapéutico?
9. Estos ámbitos en los que no se produjo el cambio ¿fueron identificados, nombrados o valorados por parte de la consultante? En caso afirmativo, ¿cuáles eran éstos y cuáles fueron los enunciados de la consultante acerca de la no experiencia de cambio en estos ámbitos? ¿Cómo interpretaba la consultante estas dificultades o a qué lo atribuía?

- 
10. Respecto a los ámbitos en los que no se produjeron experiencias de cambio por parte de la consultante ¿a qué atribuye y cómo explica las dificultades para el cambio de la consultante?
11. Alguna de estas dificultades ¿las atribuiría a la terapia? En caso afirmativo ¿podría explicar un poco más acerca de esto?

### **Proceso de cambio**

12. ¿Qué crees, dentro o fuera de la intervención psicoterapéutica, que pudo favorecer el cambio?
13. Haciendo referencia ya al proceso terapéutico de manera específica ¿Qué consideras que ha sido útil en general en la terapia hasta ahora?
14. ¿Identificas algo particular de la terapia que pudo favorecer el (los) cambio(s) percibido(s)? Dar ejemplos de aspectos generales a través de eventos específicos.
15. ¿Recuerdas algunos ejercicios concretos que tuvieron lugar en la terapia y que ayudaran de manera significativa al cambio? ¿Cuales?
16. ¿De qué manera se produjo el cambio durante esos ejercicios? ¿Qué pasaba exactamente durante estos eventos en cuanto a procesos de cambio?
17. ¿Podrías comentar acerca de cómo era la experiencia de la consultante en esos momentos?
18. ¿Recuerdas algunos eventos donde el nivel de experiencia fuera alta? ¿Podrías señalar cuáles fueron?
19. En estos momentos donde el nivel de experiencia de la consultante era mayor ¿Cómo crees que ocurría en términos de procesos de cambio?

20. ¿Cómo valorarías la disposición de la consultante para el cambio en general y su colaboración en el proceso terapéutico?
21. ¿Cómo describirías las respuestas y actitudes de la consultante frente a situaciones o eventos que implicaban mayor nivel de experiencia de contacto en terapia?
22. ¿Consideras que estas respuestas han podido influir en los procesos de cambio?
23. De todas las estrategias que se presentan a continuación , selecciona en orden de relevancia (1 a 9) aquellas que consideras más importantes en el proceso psicoterapéutico de la consultante.

Estrategia	Orden (1-9)
Formulación de preguntas	
Interpretaciones en forma de afirmaciones	
Orientaciones (como entrega de información sobre una situación)	
Indicaciones (sobre el comportamiento)	
Invitación a contactarte con tus pensamientos, emociones y cuerpo aquí y ahora.	
Experiencias / simulaciones (contactarme simbólicamente con una situación concreta)	



---

Tarea (prácticas en la vida real)	
Otras	

### Aspectos problemáticos o dificultades para el cambio

24. ¿Hubo cambios negativos en algún sentido durante el transcurso de la terapia? ¿Cuáles?  
¿Por qué?
25. ¿Hubo dificultades respecto a la colaboración o disposición de la consultante al cambio en algunos momentos? ¿Cómo éstos fueron solventados o abordados? ¿Cómo éstos han podido influir en los procesos de cambio?
26. ¿Qué tipo de cosas sobre la terapia han sido obstaculizadoras, inútiles, negativas o decepcionantes para usted? (Por ejemplo, aspectos generales. eventos específicos).
27. ¿Hubo cosas en la terapia que fueron difíciles o dolorosas, pero aún así estaban bien o quizás fueron útiles? ¿Qué eran?
28. ¿Hay algo que sientes que faltó en el proceso de la consultante? ¿Qué haría que la terapia con la consultante fuera más efectiva o útil?
29. ¿Hay algo que quisiera cambiar y que no se desarrolló en el transcurso de la terapia?
30. ¿Crees que hay aspectos asociados al estilo terapéutico del terapeuta podrían haber dificultado o entorpecido la consecución de los objetivos de la terapia?

- 
31. Para usted, ¿hubo algunas situaciones de incomodidad durante las sesiones con la consultante? ¿Podrías comentar cuáles y si pudieron influir en tu ejercicio profesional o en el proceso terapéutico? En caso afirmativo ¿de qué forma?
32. ¿Cómo te sentías respecto a la grabación de las sesiones en video? ¿Crees que el ser grabado durante las sesiones pudo influir en tu ejercicio profesional o en el proceso terapéutico? En caso afirmativo ¿de qué forma?

### **Relación terapéutica**

33. ¿Cómo valoraría la relación terapéutica con la consultante? (especificar calidad y tipo de relación).
34. ¿Puedes contar un poco acerca de la evolución de la relación terapéutica durante el transcurso de la terapia?
35. ¿Cómo crees que la relación terapéutica ha podido influenciar los procesos de cambio?  
¿En qué cambios específicos de los que se han mencionado, podría haber tenido más influencia la relación terapéutica y por qué?
36. ¿Consideras que la relación terapéutica ha podido influir de alguna manera en las mayores o menores niveles de experiencia de la consultante? ¿De qué forma?
37. ¿Te sentiste alguna vez incómodo en la relación con la consultante?
38. ¿Alguna vez la consultante te manifestó sentirse incómoda o inconforme respecto a la relación terapéutica? En caso afirmativo ¿cómo respondiste a esta situación? ¿consideras

que esto podría haber influido en tu ejercicio profesional o en el proceso terapéutico? En caso afirmativo ¿de qué manera?

### **Sugerencias**

39. ¿Tiene alguna sugerencia para nosotros, con respecto a la investigación o la terapia?

¿Tienes algo más que quieras decirme acerca de los procesos de cambio de la consultante o en general?