



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**CARACTERIZACION DE LA APLICACIÓN DE PSICOTERAPIA ORIENTADA
AL FOCUSING Y SU CONTRIBUCIÓN AL PROCESO Y RESULTADO
TERAPÉUTICO EN CONSULTANTES CON BAJA CERCANÍA
INTERPERSONAL**

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos

CAROLINA BRAVO CARRASCO

**Profesor Guía:
Dra. Michele Dufey Domínguez**

**Informantes:
Mg. Rocía Cerda Lobos
Dr. Pablo Herrera Salinas**

Santiago de Chile, año 2019

**CARACTERIZACIÓN DE LA APLICACIÓN DE PSICOTERAPIA ORIENTADA
AL FOCUSING Y SU CONTRIBUCIÓN AL PROCESO Y RESULTADO
TERAPÉUTICO EN CONSULTANTES CON BAJA CERCANIA
INTERPERSONAL**

RESUMEN

El propósito de este estudio es caracterizar la aplicación de psicoterapia orientada al focusing y su contribución al proceso y resultado terapéutico en consultantes con baja cercanía interpersonal. Se relaciona la implementación de este método terapéutico con tres variables de proceso terapéutico que han mostrado ser claves en el resultado: la alianza terapéutica, la empatía percibida y el nivel experiencial. Como medida de resultado de la terapia se utiliza la prueba OQ-45.2. Esta investigación emplea una metodología cualitativa de estudio de 3 casos con aportes cuantitativos, y un diseño de investigación no experimental, longitudinal y de panel que permite conocer el proceso terapéutico de tres consultantes de psicoterapia durante 8 sesiones de psicoterapia. Estas sesiones fueron filmadas para conocer el modo y momento de uso de focusing y el nivel experiencial de las consultantes. Los resultados muestran que el uso focusing en la primera mitad del proceso terapéutico y su aplicación en forma completa o parcial, pueden generar un cambio en las consultantes. No se presenta patrón relacional entre el modo y momento de uso focusing y el despliegue de las variables de proceso. Finalmente, se observa que el uso de focusing puede contribuir a la relación entre consultante y terapeuta, en procesos terapéuticos donde asisten clientes con baja cercanía interpersonal

Palabras claves: focusing, variables proceso terapéutico, consultantes con baja cercanía interpersonal

ABSTRACT

The purpose of this study is to characterize the application of focusing oriented psychotherapy and its contribution to the process and therapeutic outcome in patients with low interpersonal closeness. The implementation of this therapeutic method is related to three therapeutic process variables that have been shown to be key in the outcome: the therapeutic alliance, the perceived empathy and the experiential level. The OQ-45.2 test is used as a result of the therapy. This research uses a qualitative study methodology of 3 cases with quantitative contributions, and a non-experimental, longitudinal and panel research design that allows to know the therapeutic process of three psychotherapy consultants during 8 sessions of psychotherapy. These sessions were filmed to know the way and moment of use of focusing and the experiential level of the consultants. The results show that the use of focusing in the first half of the therapeutic process and its application in complete or partial form, can generate a change in the patients. There is no relational pattern between the mode and time of use focusing and the deployment of the process variables. Finally, it is observed that the use of focusing can contribute to the relationship between consultant and therapist, in therapeutic processes where clients with low interpersonal closeness attend.

Key words: focusing, variable therapeutic process, consultants with low interpersonal closeness

Dedicatoria

A Dios y la vida por darme la oportunidad de vivir esta experiencia de aprendizaje y crecimiento personal.

A mis seres queridos por su apoyo incondicional hacia mi en mi vida y en este proceso de aprendizaje.

Agradecimientos

Quiero expresar una inmensa gratitud hacia todas las personas que me apoyaron, me ayudaron y formaron parte de este proceso de estudio e investigación.

Agradezco a mi profesora tutora, Dra. Michele Dufey por su disposición, compromiso y ayuda constante en el proceso de desarrollo de esta investigación. También le agradezco la oportunidad de participar en su equipo de investigación y de poder realizar mi tesis dentro de su proyecto.

Agradezco la generosidad, disposición y acogida de todas las personas que integran el Programa de Magíster en Psicología Clínica Adultos de la Universidad de Chile, durante mi proceso de formación.

Agradezco a mis compañeros de magister, por los espacios de diálogo, de apoyo y ayuda constante.

Los pensamientos y las interpretaciones del individuo fluyen desde, y están principalmente influenciados por sus maneras afectivas de vivir en sus situaciones (Gendlin, 1968, p.208)

ÍNDICE

Introducción	1
Hipótesis y objetivos	6
Marco Teórico	8
3.1 Psicoterapia Experiencial.....	8
3.1.1 Focusing, una técnica para acceder a la experiencia corporalmente sentida....	11
3.1.2 Focusing y el proceso de cambio.....	17
3.2 Variables del proceso terapéutico, resultado y cambio.....	18
3.2.1 Alianza Terapéutica: definición, proceso y cambio.....	19
3.2.2 Empatía Percibida: definición, proceso y cambio.....	22
3.2.3 Nivel Experiencial: definición, proceso y cambio.....	24
Metodología	27
4.1 Tipo de estudio y diseño metodológico.....	27
4.1 Conformación de la muestra.....	27
4.3 Procedimiento.....	30
4.4 Instrumentos.....	31
4.5 Plan de análisis.....	33
Resultados	36
Discusión	65
Conclusión	73
Bibliografía	76
Anexos	83
Anexo 1.....	83
Anexo 2.....	84
Anexo 3.....	90
Anexo 4.....	91
Anexo 5.....	92
Anexo 6.....	95

INTRODUCCIÓN

Desde muy temprano en el desarrollo de la psicología clínica la relación interpersonal entre paciente y terapeuta se ha considerado como un elemento relevante que puede contribuir hasta en un 30% a la mejora del consultante (Gómez, 2010). Sin embargo no se ha prestado suficiente atención a las habilidades interpersonales de cada consultante en el desarrollo de esta relación (Etchevers et al., 2014; Arango y Moreno., 2009; Santibáñez, 2009). Trabajos más recientes, como los de Corbella y Botella (2003; 2005; 2011), Norcross y Lambert (2011), Norcross y Wampold (2011) y Norcross (2002) aportan evidencia respecto de la importancia de considerar, analizar y evaluar las habilidades interpersonales de los consultantes que asisten a psicoterapia, ya que éstas pueden contribuir, alterar o dificultar el proceso terapéutico.

Considerar las habilidades interpersonales en el espacio terapéutico, ha implicado incluir herramientas o técnicas terapéuticas que pongan atención no sólo a la exploración de temas o problemas planteados por el paciente, sino también a la posibilidad de atender, o en algunos casos mejorar, la relación interpersonal entre paciente y terapeuta. En este contexto resulta particularmente interesante examinar consultantes con bajo desarrollo de estas habilidades quienes presentan menores destrezas sociales para construir vínculos, y en el contexto terapéutico, tienen menos posibilidades de generar una relación interpersonal con un otro para el trabajo en psicoterapia, y de abrirse a un espacio en donde sus necesidades emocionales pueden ser atendidas. Estudiar el proceso terapéutico de estos consultantes puede aportar en el desarrollo de métodos para entender y mejorar los resultados de este proceso, y es una de las metas de esta investigación.

Si bien son varios los enfoques desarrollados para mejorar la cercanía interpersonal en el contexto terapéutico -psicodinámico, conductual, cognitivo, centrado en el cliente, sistémico y construccionista- (Arango y Moreno, 2009), el análisis de éstos no ha puesto suficiente atención a los métodos terapéuticos corporales. Esta investigación se propone contribuir en el estudio de estos enfoques analizando uno en particular, la terapia orientada

al focusing, y específicamente el focusing como método y técnica terapéutica corporal, con el objetivo de entender como éste puede aportar en el proceso, avance y consecución de un resultado en la terapia, y específicamente en la relación interpersonal entre los consultantes con menor cercanía interpersonal y el terapeuta.

El focusing es un método terapéutico para atender el cuerpo desde su interior, que fue desarrollada por el filósofo americano Eugene Gendlin, y se ha utilizado en diversos tipos de terapias (Alemany, 1997; Gendlin, 1996). Este enfoque facilita que el consultante pueda contactar con la experiencia interna, corporalmente sentida como un sentimiento emergente ligado a un suceso o evento referido en la terapia, y que al *experienciar* dicho evento, pueda generar un cambio en el modo de sentir y percibir dicha experiencia. A este contacto con la experiencia interna se le denomina *experiencing*, proceso que implica sentir las sensaciones del cuerpo, enfocando la atención en ello y en la fluidez de significados, símbolos y sentimientos que este proceso puede facilitar. Escuchar la sensación sentida en el cuerpo, puede facilitar un cambio en como la persona lleva su experiencia adelante (Alemany, 2011; Alemany, 2007, Alemany, 1997).

Investigaciones recientes sobre procesos terapéuticos con una orientación al focusing muestran resultados relacionados a la mejora sintomática y la profundización de la experiencia como un facilitador del cambio terapéutico. (Coffeng, 2003; Leijssen, 2007; Krycka y Ikemi, 2016; Goldman et al., 2007; McGuire – Bouwman, 2010; Gendlin et al., 1968; Estrada et al., 2016; Toukmanian et al., 2010; Coffeng, 2003; Joo, 2011). Por ejemplo se ha observado que la profundización de las experiencias internas por parte de los consultantes está relacionada con conseguir un cambio en psicoterapia, y a su vez, disminuir la angustia y generar un aumento de la autoestima (Goldman, 1997).

Sin embargo, un aspecto menos estudiado ha sido cómo el momento y modalidad de implementación del focusing responde en consultantes con menor cercanía interpersonal, así como en el desarrollo de variables de proceso y resultado de la terapia en estos consultantes. Este tipo de consultantes presenta un desafío importante para la psicoterapia, puesto que el proceso de trabajo terapéutico requeriría de un contexto propicio que facilite el desarrollo de las variables terapéuticas centrales y además la construcción y protección de una relación

interpersonal entre consultante y terapeuta, así como la profundización en el contacto con sus experiencias. Esta relación con el consultante, o relación terapéutica, es crucial para la evolución en la terapia. Por ejemplo, se ha observado que consultantes con apego inseguro presentan dificultades para la adherencia en contextos de psicoterapia breve, teniendo dificultades para el inicio y propensión a desertar desde la quinta sesión o antes. A su vez, se ha observado que a mayor sintomatología ansiosa menor es la adherencia y hay mayor propensión al abandono (Krebs et al, 2012).

Teniendo en cuenta estos hallazgos es muy importante considerar el nivel de cercanía interpersonal, ya que posibilitará inferir la sensibilidad que presentan este tipo de clientes al inicio de la psicoterapia, para quienes la elección del enfoque y/o técnica a ocupar y la consolidación de la relación entre terapeuta y consultante puede ser particularmente determinante en este escenario. La terapia orientada al focusing ha demostrado ser efectiva en estos casos. En una investigación reciente de Hendricks (2002), quien revisó 89 estudios sobre focusing y terapia orientada al focusing, en donde se utilizó la escala experiencial (Gendlin, 1967), se observó que un elevado nivel de profundización del contacto con la experiencia interna está relacionado con un cambio terapéutico, resultados que se obtienen en diferentes culturas, líneas de trabajo terapéutico y tipos de problemas clínicos (Krycka y Ikemi, 2015). Esto indica que el focusing podría ser una técnica que aporte al proceso terapéutico en consultantes con baja cercanía interpersonal, en donde el acceso al contacto con su experiencia interna podría contribuir a un cambio. Esta investigación se propone avanzar en este ámbito, y simultáneamente en entender en qué etapa del proceso terapéutico el uso del focusing puede volverse más eficiente con este tipo de consultantes.

Este estudio define a los consultantes con baja cercanía interpersonal como aquellas personas que, dentro de la población común adulta, presentan menos niveles de empatía, así como mayores niveles de apego inseguro, ansiedad social y agresividad. Los clientes que se consideraron en este estudio, si bien presentan baja cercanía interpersonal, forman parte de una población común que no presenta cuadros clínicos específicos como, por ejemplo, trastorno de personalidad, trastorno del espectro autista, depresión mayor, trastorno obsesivo

compulsivo, crisis de pánico, ni abuso de alcohol y/o sustancias. Este tipo de consultantes con menor cercanía interpersonal podrían presentar mayores dificultades para conectarse con cómo viven sus experiencias tanto con ellos mismos como con su entorno, lo que puede obstaculizar el contacto con sus vivencias internas durante un proceso terapéutico (Corbella et al., 2012; Krebs et al., 2012; Watson et al., 2006). Para este tipo de consultantes, puede ser complejo iniciar un contacto interpersonal con una persona nueva -como el terapeuta-, para abrirse afectivamente en una interacción social, con mayor tendencia a defenderse, distanciarse y desconfiar de la relación interpersonal que se genera con otro (Yarnoz & Yaben, 2011; Corbella & Botella, 2005).

Para estudiar el proceso terapéutico, y los efectos del focusing en éste, es necesario diferenciar las variables de psicoterapia que pueden favorecer su implementación y que pueden promover mejores resultados. Este estudio considerará tres de estas variables que han mostrado que contribuyen en el resultado y cambio en psicoterapia: la alianza terapéutica (AT), la empatía percibida (EP) y el nivel experiencial (NE). El estudio de estas variables ha mostrado que favorecen los procesos psicoterapéuticos en consultantes con baja cercanía interpersonal quienes podrían profundizar en el contacto con sus experiencias internas favoreciendo el proceso de cambio terapéutico (Corbella y Botella, 2003; Santibáñez, 2003; Falkenstrom et al., 2013; Mateu, et al., 2010; Gimeno et al., 2015; Goldman, 1997; Goldman et al., 2003; Gendlin et al., 1968); Hendricks, 2001; Goldman et al., 2005).

En cuanto a la investigación de las variables de proceso terapéuticos mencionadas y su aporte al trabajo terapéutico, se ha encontrado evidencia que muestra que la AT explica entre un 36 a 57% de la varianza del resultado en el término de la terapia (Corbella y Botella, 2012). En este sentido, esta variable de proceso se posiciona como un elemento importante en la psicoterapia dado que aporta al resultado terapéutico. En relación a ello, se ha observado que durante el desarrollo del proceso terapéutico la fuerza de la AT se activa aun en 5 sesiones de terapia, y en este contexto puede contribuir a un resultado positivo (Santibáñez, Román & Vinet, 2009). Respecto al resultado, se ha observado que la AT aporta en la reducción sintomática en los consultantes y que esta disminución contribuye a aumentar su fuerza en el proceso terapéutico (Falkenstrom et al., 2013).

Por otro lado, los estudios respecto a la EP han mostrado que esta variable repercute positivamente en mejorar los cuadros clínicos (Burns & Nolen, 1992), encontrándose la comprensión empática por parte del terapeuta como una variable relevante para conseguir un resultado terapéutico (Weiste & Perakyla, 2013). Se ha investigado la relación entre EP y la disminución del nivel de diversas psicopatologías, encontrándose una relación significativa entre como los clientes perciben la empatía del terapeuta y la mejora de su autoestima, de sus dificultades en sus relaciones interpersonales, y en la disminución de estrés y síntomas de depresión. También se observó que la empatía contribuye a que los consultantes se sientan seguros en sus interacciones interpersonales, y disminuya la visión negativa sobre sus propias experiencias (Watson et al., 2014).

Por último, algunos autores han relacionado positivamente el NE y su relación con el resultado en psicoterapia en consultantes con baja autoestima, con síntomas depresivos y angustia (Goldman, 1997; Goldman, 2007; Goldman et al., 2005). En el desarrollo del proceso terapéutico, se ha observado que el NE adquiere mayor fuerza en la parte media y final y que esto se relaciona con un resultado positivo en psicoterapia (Goldman, 1997). Este último podría entenderse como la profundización del contacto con la experiencia interna en las primeras sesiones, favorece el vínculo del consultantes con éstas, lo cual puede mostrar un aumento del nivel experiencial del cliente.

Se ha presentado evidencia que muestra que las variables de proceso contribuyen a un resultado en psicoterapia ¿Pero cómo interactúan estas variables en relación al uso del focusing en psicoterapia? Esta investigación se propone contribuir a esta temática, buscando entender la relación del uso de la terapia orientada al focusing, poniendo especial atención al modo y momento de aplicación de esta técnica, respecto de la activación o aparición de estas variables de proceso terapéuticos y posibilidades de cambio en consultantes con baja cercanía interpersonal.

Hipótesis y Objetivos

Hipótesis general: La aplicación de psicoterapia orientada al focusing, en un formato breve, contribuye al proceso y a un mejor resultado terapéutico en consultantes con baja cercanía interpersonal (menor nivel de empatía, mayor nivel de apego inseguro, ansiedad social y agresividad).

Hipótesis específicas:

1. La aplicación de psicoterapia orientada al focusing contribuye en forma positiva al despliegue de las variables de proceso terapéutico en psicoterapia en consultantes con baja cercanía interpersonal.
2. En psicoterapia, el focusing cuando es aplicado en las primeras sesiones contribuye a la construcción del vínculo entre consultante y terapeuta y a mejores resultados.
3. En psicoterapia, el focusing tiende a evidenciar buenos resultados en la profundización del contacto con la experiencia interna cuando se aplica en un contexto de psicoterapia breve en consultantes con baja cercanía interpersonal.

Objetivo general: Caracterizar la aplicación de psicoterapia orientada al focusing y su contribución en el proceso y resultado terapéutico, en un contexto de psicoterapia breve, en consultantes con baja cercanía interpersonal (menor nivel de empatía, mayor nivel de apego inseguro, ansiedad social y agresividad)

Objetivos específicos:

1. Describir a través de las sesiones las variables de proceso (alianza terapéutica, empatía percibida, nivel experiencial) y de resultado en terapia en consultantes con baja cercanía interpersonal.

2. Identificar el modo y el momento de implementación de focusing a través de las sesiones de psicoterapia en consultantes con baja cercanía interpersonal.
3. Relacionar el desarrollo de las variables de proceso con el modo y el momento de uso de focusing en psicoterapia en consultantes con baja cercanía interpersonal.
4. Determinar cómo el modo y momento de implementación de focusing facilita el resultado terapéutico en psicoterapia en consultantes con baja cercanía interpersonal.

MARCO TEÓRICO

3.1 Psicoterapia Experiencial

La psicoterapia experiencial desarrollada por el filósofo americano Eugene Gendlin tiene su base en el concepto de Experiencing, el cual es un proceso de eventos sentidos corporalmente, desde el interior del organismo, el cual teoriza sobre cómo las personas viven la experiencia, analizando la interacción entre diversas sensaciones, sentimientos y símbolos involucrados en la experiencia del consultante (Alemany, 2006; Gendlin 1959; Gendlin, 1957). El experiencing es una manera de estar y vivenciar una experiencia interna en el momento presente mediante el contacto con las sensaciones y sentimientos corporalmente sentidos que emergen en relación a ésta. La experiencia corporalmente sentida es subjetiva e implícita; en primera instancia se accede a ella a través del organismo por lo que en un inicio es preconceptual, y durante el contacto con esta experiencia sentida en el cuerpo es posible identificar significados y símbolos para referirse a ella (Gendlin, 1959).

La asignación de significados, imágenes y la simbolización, son la base de la psicoterapia experiencial, que permite asignar conceptos a lo que está experimentando corporalmente el consultante (Barcelo 2007; Alemany, 2006; Gendlin, 1961). Experiencing es un proceso que funciona mediante una experiencia en tiempo presente e implica integrar las vivencias pasadas y presentes, en donde los sentimientos que surgen de la experiencia presente pueden modificar las experiencias registradas en el cuerpo, y así la persona puede integrar y comprender las experiencias nuevas. Así, desde esta perspectiva, la experiencia tiene un impacto físico y subjetivo, y es un proceso vivo que se encuentra en curso funcionando en cada instante en el interior de la persona (Gendlin, 1959, 1957). En esta experimentación con las experiencias del consultante la relación interpersonal entre cliente y terapeuta tiene un impacto significativo, ya que las propuestas y respuestas del terapeuta aportarán al proceso de experimentar del cliente, sobre todo si esta interacción contribuye al ajuste preciso entre la sensación sentida y la simbolización por parte del consultante, y por

otro lado a que aquello orgánico y propio del interior del cliente tome una dirección acorde a lo que el consultante sienta en su interior (Gendlin, 1967).

Varios autores han subrayado la importancia de la relación terapéutica indicando que ésta puede contribuir hasta un 30% del cambio en los consultantes (Lambert,1992; Gimeno, 2010; Norcross, 2002). Norcross (2010), por ejemplo, analizó diferentes investigaciones sobre la relación terapéutica que concluyen que ésta aporta al cambio terapéutico en diferentes tipos de psicoterapia. Además esta investigación observó que la relación terapéutica tiene la capacidad para explicar la mejoría de los clientes, y que la relación se puede acomodar a las cualidades y necesidades del consultante, por lo que contribuye aumentando la eficacia del proceso terapéutico. Construir una relación entre consultante y terapeuta es relevante para la psicoterapia y para que el consultante pueda conseguir un resultado positivo, lo que resulta aún más significativo en consultantes con baja cercanía interpersonal, es decir personas que pertenecen a una población común adulta que presentan menos niveles de empatía, mayores niveles de apego inseguro, ansiedad social y agresividad. Estos clientes, no presentan cuadro clínicos (por ejemplo, trastorno de personalidad, trastorno del espectro autista, depresión mayor, trastorno obsesivo compulsivo, crisis de pánico, ni abuso de alcohol y/o sustancias), pero sí muestran mayores dificultades para conectarse con sus emociones, y con sus experiencias personales y de su entorno y para construir una relación interpersonal con una persona nueva, que en este caso es el terapeuta (Corbella et al., 2012; Krebs et al., 2012; Watson et al., 2006; Yarnoz & Yaben, 2011; Corbella & Botella, 2005)

Esta relación cliente-terapeuta puede contribuir a profundizar el contacto con la experiencia interna del cliente, quien puede sentir y expresar sus sentimientos contando con un otro -el terapeuta- que comprende y puede apoyar en la elaboración de la vivencia de estos sentimientos (Gendlin, 1957). Por ello, para Gendlin lo más importante es desde dónde responde el cliente, y si sus respuestas activan sensaciones corporales y/o sentimientos. En este sentido, la intervención del terapeuta debiese activar las sensaciones sentidas corporalmente por el consultante respecto a un problema, por lo que si esta intervención no toca estas sensaciones, el cliente tendrá más dificultades para vivenciar un cambio

(Wolfenson, 2015). El experienting como perspectiva terapéutica, plantea las bases para el posterior desarrollo de la terapia experiencial, y particularmente del focusing, el método terapéutico que facilitará esta conexión del cliente con sus vivencias y sensaciones internas y que junto a una serie de otros elementos da origen a la psicoterapia orientada al focusing. Este enfoque terapéutico consiste en un proceso para generar un contacto con las experiencias internas desde un acceso corporal, siendo sensaciones corporalmente sentidas y que pueden conducir a la persona a significados, símbolos e imágenes que favorecen la profundidad del contacto con su vivencia. Se considera que experimentar es sentir, y esto se facilita por las cuatro fases de focusing, las cuales son descritas más adelante (Gendlin, 1964; Lopez, 2018)

Respecto del proceso terapéutico que propone la terapia experiencial, y en particular la terapia orientada al focusing, Gendlin también se ocupó de estudiar el cambio de los consultantes en el transcurso de este proceso. A partir de observaciones sistemáticas de múltiples procesos terapéuticos este autor observó que el cambio se debe en menor medida a las aptitudes del terapeuta y en mayor medida a las habilidades del cliente respecto de cómo narra y arma su historia, cómo éste siente su cuerpo, desde dónde y cómo vive la experiencia, así como la forma en que vive el contacto con su experiencia corporal y con sus sentimientos (Alemany, 2007; Alemany, 2011). Los hallazgos de Gendlin gatillaron una transformación dentro de la perspectiva experiencial que plantea una forma diferente de explicar los resultados terapéuticos, ya no sólo desde las habilidades del terapeuta, si no también desde las cualidades del consultante. Desde este enfoque aquellos consultantes con baja cercanía interpersonal, podrían tener mayores dificultades para mostrar apertura afectiva al conectarse con sus experiencias internas, para acceder a las sensaciones que le generen dichas vivencias y para permitir que sus necesidades emocionales a partir de ellas sean recibidas y atendidas (Iberg, 2013; Coffeng, 2004). Por otro lado, para estos consultantes podría ser más complejo compartir con el terapeuta los sentimientos que le generan las experiencias que para los clientes con habilidades normales. Esto, porque la relación cliente-terapeuta significa establecer una relación interpersonal con una persona nueva, lo que puede ser más problemático para este tipo de clientes.

Pese a las dificultades que pueden presentar los consultantes con baja cercanía interpersonal, la relación terapéutica ha mostrado ser importante para la psicoterapia orientada al focusing porque es un enfoque que aporta en la expresión y movimiento de los sentimientos del cliente en torno a su experiencia interna (Gendlin, 1957). El hecho que el cliente pueda contar con una persona presente para comprender y explorar su experiencia interna, contribuye a la relación y potencialmente puede facilitar el cambio en el consultante. En otras palabras, la psicoterapia orientada al focusing, mediante el contacto con las experiencias corporalmente sentidas de los consultantes puede facilitar momento a momento la vivencia y el cambio a lo largo de las sesiones (Gendlin 1968). Asimismo, en la aplicación de focusing en psicoterapia, el terapeuta asiste en todo momento al consultante, guiándolo en la conexión con las sensaciones, símbolos y significados, y frente a este contacto interiormente se genera una reducción del malestar. Por lo que este contacto corporal, y el apoyo del terapeuta favorece que el consultante pueda sentir que sus necesidades emocionales son atendidas, y pueda abrirse a conectarse con su interior, aunque sean emociones complejas las que surjan (Gendlin, 1964)

3.1.1 Focusing, un enfoque terapéutico para acceder a la experiencia corporalmente sentida

En psicoterapia experiencial, el cuerpo es un elemento trascendente, ya que entiende que todas las experiencias que la persona vive quedan registradas corporalmente, es decir, cualquier interacción con el entorno quedaría grabada en el cuerpo. Por ello todo elemento de la experiencia que pueda ser necesario para el proceso terapéutico se puede confirmar y buscar con el cuerpo. El cuerpo es un área de trabajo clave en psicoterapia experiencial, donde se puede conocer la resonancia de la experiencia vivida y donde se puede comprender si estas experiencias generan dificultades (Alemany, 1997; Gendlin, 1973; Jaison, 2014). El método por excelencia en psicoterapia experiencial que considera el cuerpo y las sensaciones corporales como parte del trabajo terapéutico es el focusing.

Pero el focusing más que una técnica se ha transformado en una orientación terapéutica que se basa en la premisa que todo lo que hemos experimentado desde nuestro nacimiento a la fecha, se encuentra grabado mediante sensaciones en el cuerpo, aunque tengamos memoria o no de cada uno de los acontecimientos. Cada experiencia presente que se vivencia tiene una historia de sensaciones registradas desde el pasado a la fecha, que repercute en cómo se experimenta los momentos actuales, es decir en la forma de vivir esas sensaciones en el cuerpo y desde dónde se vive o se experimentan. Estas sensaciones ya sean pasadas o presentes constituyen un recuerdo orgánico en el cuerpo, denominado también sensación sentida (Jaison, 2014). Las sensaciones sentidas son pre-verbales, es decir, cada una existe como sensación sin un proceso cognitivo, si no como un proceso corporal. Favorecer el contacto con esta sensación puede facilitar asignarle significados respecto de experiencias pasadas o presentes de cada consultante. Específicamente, estas sensaciones se suelen encontrar ubicadas en la parte media del cuerpo entre el pecho y el abdomen, pero es el cuerpo como totalidad el lugar donde el proceso experiencial tiene lugar, y es en el cuerpo donde se genera el cambio de la sensación corporalmente sentida. Focusing es un método que permite acceder a la experiencia y generar un cambio en ella (Alemany, 2006; Gendlin, 1991)

El focusing permite contactar con la experiencia interna y con lo implícito de nuestro interior tanto con sensaciones, así como con la manera en cómo vive la experiencia la persona, su cultura, su historia de vida, entre otros aspectos registrados en el cuerpo. El propósito de la psicoterapia orientada al focusing es que las personas puedan contactar no sólo con su experiencia interna, si no que, con lo implícito, con su experiencing y sus significados. Una vez que se genere este contacto, su sabiduría de lo implícito podría guiar a la persona para saber qué hacer en una experiencia presente (Barcelo, 2008). Para realizar esta conexión con la experiencia interna, Gendlin desarrolló el focusing, en donde desarrolló cuatro fases para focalizar en la experiencia interna (experiecing):

- a) Referente directo, que consiste en capturar una sensación en el cuerpo, atenderla, sentir su significado en relación con una situación determinada, abriendo paso a simbolizar aquello que se está experimentando en relación a ésta;

- b) Develación. Este paso se genera con la simbolización de la sensación sentida, en la medida que el consultante mantiene el contacto con su cuerpo, y la información que surge calza con lo que la persona siente;
- c) Aplicación global. Este paso permite que la persona asocie cualidades de sí misma, comprenda su comportamiento, y acceda a nuevas características de su personalidad;
- d) Movimiento del referente. Esta última fase contribuye a sentir un cambio en el interior, ya que muestra que algo superior a la lógica e interpretación ha sucedido (Leijssen, 1998; Gendlin, 1964)

Experienciar es sentir e involucra un proceso de sentimiento el cual es necesario que ocurra en el cliente para que pueda conseguir un cambio. Por ejemplo, la conexión con el significado del referente directo permite disminuir el malestar que reporta el consultante en relación a la sensación. Por ello, estas cuatro fases describen el proceso de experiencing, y permiten que el cliente pueda llevar su experiencia adelante (Gendlin, 1964).

Gendlin desarrolló un método para realizar focusing en psicoterapia que permite contar con una guía práctica de como llevar a cabo este metodo y para que el cliente pueda ser conducido por el terapeuta. En este método, se encuentran integradas las cuatro fases del proceso descritas anteriormente (Gendlin 1964, 1968). Este método facilita acceder a la experiencia, lo cual permitirá el contacto con las sensaciones sentidas en el cuerpo a partir de una nueva experiencia, cuyo significado implícito está relacionado con un problema, con una situación, con una relación o una decisión que haya vivido el consultante. Una vez que la persona provee de significado a esta sensación sentida, el cuerpo muestra un nuevo paso hacia delante, es decir con significados más claros y con símbolos que se asocian adecuadamente.

El método contiene seis diferentes pasos y acciones (Barcelo, 2008; Gendlin, 1969), que pueden utilizarse en ciertos periodos, que no siempre se pueden realizar consecutivamente. Considerando que algunos consultantes presentan mayores habilidades para el contacto con su experiencia en comparación a otros, Gendlin desarrolló este método que permite enseñar a los clientes con diferentes características a contactarse con su experiencia interna y profundizar en este contacto.

El repetir la aplicación de los pasos del método facilitaría que el cliente logre estar en contacto con el fluir de las experiencias (Alemany, 1997; Gendlin, 1999).

Los 6 pasos del focusing como método son los siguientes:

1. El primer paso es ***Despejar un Espacio***, el cual consiste en relajar el cuerpo y promover un espacio de tranquilidad de manera que la persona pueda comenzar a trabajar. A continuación, se necesita despejar un espacio, el cual implica conectarse con la respiración e imaginación para encontrar la distancia adecuada con los diferentes problemas que el consultante pueda traer consigo. Finalmente, el cliente puede escoger algo para trabajar, es decir, decidir entre uno de los temas que han sido distanciados y comenzar a conectarse con lo que siente sobre ello.
2. El segundo paso se denomina ***formar la sensación sentida***. Esta etapa consiste en que el consultante se pueda abrir a sentir lo que venga sin agregar ningún nombre o significado a la sensación. Esta sensación sentida implica algo físico y sensitivo. En esta etapa los significados, pese a estar presentes, no son visibles para el cliente.
3. El tercer paso consiste en ***conseguir un asidero***, en donde se le asigna un nombre a la sensación que emerge en el cuerpo del consultante. En esta etapa se genera la simbolización interna, que aportará cualidades respecto de la sensación sentida. Esta simbolización puede realizarse con palabras, con imágenes y con movimientos.
4. El cuarto paso consiste en ***resonar***, que contempla generar un ajuste en la sensación del consultante efectuando el segundo y tercer paso de manera rotativa, con el objetivo de confirmar si la simbolización se ajusta a la sensación. El proceso de ajuste corporal confirma en el organismo el cambio en el cuerpo.

5. El quinto paso consiste en *hacer preguntas*. Este permite conseguir el significado más adecuado del proceso de simbolización. Es útil que el consultante no responda en forma inmediata las preguntas en la medida que van surgiendo, de manera de no considerar respuestas rápidas o mentales, ya que se necesitan respuestas profundas y nuevas.

6. Finalmente, el sexto paso consiste en *terminar*, también denominado *recibir*. Éste implica revisar lo sucedido en la sesión, aceptar y recibir lo que ha venido. Junto a ello, esta etapa considera agradecer el proceso que se ha activado y la conexión corporal que se ha generado en la persona, y proteger de las autocríticas lo que ha emergido.

Para desplegar un proceso terapéutico con orientación al focusing, se requiere una relación de confianza interpersonal entre cliente y terapeuta. Si el contexto de esta relación es limitado o adverso, entonces la aplicación de focusing no tendrá espacio para desarrollarse (Leijssen, 1998; Gendlin, 1964). Esta relación de confianza interpersonal se construye en el contexto de trabajo terapéutico, en cada sesión de psicoterapia, en donde se ven enfrentados consultante y terapeuta en la realización de un trabajo en conjunto. En esta situación se ponen en juego variables disposicionales del consultante y del terapeuta para conseguir este trabajo terapéutico. Este enfoque terapéutico promueve la recepción y vínculo con su cuerpo, con sus sensaciones internas y con emociones complejas y así favorece el proceso de simbolización y el desarrollo de significados nuevos que aportan al presente de la persona, por lo que favorece el cambio terapéutico. En este proceso de focusing, el terapeuta asiste al consultante momento a momento de su *experiencing*, lo cual facilita el desarrollo de la relación interpersonal, puesto que en esta asistencia transmite comprensión, entendimiento, sugiere que se concentre en ciertos aspectos de su experiencia, y fomenta el diálogo interior del consultante con su cuerpo. Desde ahí, se configura momento a momento la interacción entre consultante y terapeuta; por un lado, el consultante mediante el contacto con su

experiencia y sensaciones corporalmente sentidas, y el terapeuta atendiendo estas sensaciones y respondiendo ante ellas para guiar al cliente.

En la práctica de focusing, también puede generarse incertidumbre, ya que ni el consultante ni el terapeuta saben con anticipación con que se encontrarán en el momento de la aplicación de la técnica o a lo largo de las sesiones, siendo de gran relevancia el fortalecimiento de la relación con el terapeuta de modo de poder enfrentar lo mejor posible la incertidumbre (Leijssen, 1998). La orientación al focusing en terapia ofrece la oportunidad de que el terapeuta se involucre en la asistencia y acompañamiento permanente al consultante respecto de lo que va sintiendo, lo cual podría brindar seguridad en la relación y mejorar la incertidumbre que la exploración de las sensaciones corporales pueda producir.

Diversas investigaciones han mostrado que consultantes con menores habilidades interpersonales para relacionarse con una persona nueva, como es en este caso la figura del terapeuta, les puede resultar más difícil trabajar terapéuticamente y aceptar la guía del terapeuta. Entre los problemas que el trabajo con estos consultantes pueden presentar en psicoterapia, algunos estudios han señalado por ejemplo que consultantes con ansiedad social presentan un miedo persistente ante situaciones sociales, hipersensibilidad a la evaluación negativa, percepción de rechazo por otros, y/o baja empatía o problemas para comprender la posición de otras personas (Yarnoz & Comino, 2011; Mestre et al., 2002; Corbella & Botella, 2003; Tur et al., 2004; Sandín et al., 1999). Estas características podrían dificultar la construcción de un vínculo seguro entre cliente-terapeuta. Así también, consultantes con un estilo de apego ansioso tienden a presentar dificultades para construir una relación de confianza con otro, son propensos a presentar rupturas del vínculo terapéutico y dificultades para determinar objetivos de trabajo en psicoterapia (Sauer et al., 2003; Corbella et al., 2012; Corbella & Botella, 2003). Otras investigaciones han observado que sujetos con menos empatía pudieran presentar menos sensibilidad emocional y comprensión para relacionarse con otra persona (Tur et al., 2004; Mestre et al., 2002). Sin embargo, la relación entre el resultado y posibilidades de cambio en el contexto terapéutico no sólo está conectada a las características interpersonales del cliente, si no también se relaciona con la presencia de otras variables en el proceso terapéutico, como la empatía, el nivel experiencial, o la alianza

terapéutica, que faciliten el desarrollo de esta relación. La psicoterapia orientada al focusing y su acento en el trabajo con la corporalidad pueden facilitar la aparición de estas variables, la cercanía interpersonal y, por lo tanto, las posibilidades de éxito de la terapia. Esta investigación busca iluminar este proceso.

3.1.2 Focusing y el proceso de cambio

Focusing es un enfoque de trabajo terapéutico, que contribuye a generar resultados en psicoterapia. Distintos autores han observado el grado de eficacia de este método en los procesos terapéuticos (Gendlin, et al., 1968; Gendlin, 1969; Hendricks, 2002; Krycka, Ikemi, 2015). En estas investigaciones se han encontrado aspectos específicos de esta orientación terapéutica que se relacionan fuertemente con el resultado y por lo mismo con el aumento del nivel experiencial, tales como la disposición del terapeuta para guiar y ayudar a sostener el proceso de experiencing por parte del cliente, el entrenamiento en focusing en los clientes, y la preparación del terapeuta en la administración del focusing. También se ha observado aspectos que son claves para aplicar focusing en psicoterapia, tales como que el terapeuta mediante este enfoque terapéutico ayude al consultante a contactar con su sensación sentida corporalmente, que pueda transmitir comprensión y empatía respecto de lo que relata el cliente, y que logre contribuir a que el consultante pueda vislumbrar su vida y los siguientes asuntos a resolver que ésta conlleva (Krycka & Ikemi, 2015)

Si bien la evidencia muestra que el focusing es un método que puede conducir a un resultado en psicoterapia, la relación de confianza interpersonal entre cliente y terapeuta es crucial para el uso de esta técnica y se sostiene a partir de otras variables de proceso terapéutico que pueden beneficiar a este tipo de clientes en cuanto a promover la confianza en el otro, construir un vínculo terapéutico y favorecer la apertura al uso de este método y aceptación de la guía del terapeuta.

Asimismo, el modo y momento de la aplicación de focusing también puede contribuir a crear y fortalecer esta relación. En este sentido, se ha observado que para clientes con bajas

habilidades interpersonales la flexibilidad en cuanto al uso de la técnica y la duración del proceso de psicoterapia son elementos que pueden favorecer la construcción de un vínculo estable cliente-terapeuta. Por ejemplo, varios estudios (Mcguire – Bouwman, 2010; Coffeng, 2003; Joo, 2011; Leijssen, 2011; Iberg, 2013) muestran hallazgos respecto del uso de esta técnica en contextos de psicoterapia breve, encontrándose que en un rango de 2 a 10 sesiones de terapia orientada al focusing en consultantes que presentaban trastorno por estrés postraumático, problemas familiares, miedo, experiencias pasadas dolorosas y/o trastornos de ansiedad, es posible conseguir mayor profundidad en el contacto con su experiencia interna, y alcanzar un cambio. Estos trabajos también ilustran que con sólo aplicar algunos pasos de Focusing, ya es posible obtener un resultado, lo cual ilumina la flexibilidad de este método terapéutico en cuanto a su forma de aplicación, pudiendo ser igualmente efectivo en diferentes instancias del proceso terapéutico independiente del orden y presencia de cada uno de los pasos.

Esta flexibilidad en el modo y momento de aplicación del focusing indica que este enfoque terapéutico puede trabajarse en un contexto de psicoterapia breve. Considerando estos hallazgos, sería interesante conocer el tipo de resultados que puede generar el uso de este enfoque terapéutico de carácter breve en consultantes con baja cercanía interpersonal, a quienes por sus características -dificultad para iniciar contacto, propensión a la desconfianza e inseguridad en el vínculo con otros- el proceso terapéutico breve puede ser visto como un espacio más seguro y menos amenazante. Esta investigación se propone avanzar en este aspecto.

3.2 Variables del proceso terapéutico, resultado y cambio

En consideración al proceso terapéutico, es importante conocer las variables centrales que contribuyen al cambio terapéutico. Al respecto, la literatura muestra la existencia de variables terapéuticas claves que intervienen positivamente en el proceso terapéutico generando un resultado y cambio. Para efectos de este estudio, se considerarán tres variables

que han probado ser clave debido a su relación positiva con el resultado y cambio en psicoterapia, que son la Alianza Terapéutica (AT), la Empatía Percibida (EP) y el Nivel Experiencial (NE) (Corbella y Botella, 2003; Santibáñez, 2003; Falkenstrom et al., 2013; Mateu et al., 2010; Gimeno et al., 2015; Goldman, 1997; Pos et al., 2003; Gendlin et al., 1968; Hendricks, 2001; Goldman et al., 2005). A continuación, se describen estas variables, así como conceptualizaciones y trabajos de investigación al respecto, para, luego, presentar hallazgos en cuanto al proceso de cambio terapéutico en consultantes con menores habilidades interpersonales en relación a estas variables. Estudiar estas variables, permite conocer de que manera estas podrían desarrollarse en conjunto con la psicoterapia orientada al focusing, y como la presencia del focusing puede contribuir de alguna manera al despliegue de estas variables en psicoterapia.

3.2.1 Alianza Terapéutica: definición, proceso y cambio

Se consideró la alianza terapéutica (AT) en este estudio, debido a que es una variable de proceso terapéutico relevante para contribuir a un resultado en psicoterapia. La literatura ha indicado que la AT robustece la relación terapéutica cliente-terapeuta. Se ha observado que la alianza terapéutica explicaba entre un 36 y 57 por ciento de la varianza del resultado final de la psicoterapia (Gastón et al., 1991; Barber, Crits-Cristoph y Luborsky, 1992, citado en Corbella y Botella, 2003). Como el éxito de la terapia está conectado significativamente a la relación terapéutica, se puede inferir que la AT podría facilitar la relación terapéutica entre cliente y consultante, y en este caso podría aportar en esta relación interpersonal entre terapeuta y clientes con baja cercanía interpersonal.

En la década del 70', Bordin fue pionero en definir la alianza terapéutica (AT) como alianza de trabajo, la cual fue considerada como un elemento central en psicoterapia tanto para el logro de objetivos como para la colaboración entre cliente y terapeuta. Para este autor, la alianza de trabajo poseería 3 elementos: acuerdos entre las metas de la terapia, entre las tareas propuestas y un vínculo positivo entre terapeuta y cliente (Bordin, 1975, 1976, 1989,

1994, citado en Norcross, 2002). A su vez, Bordin añadió que a lo largo del proceso terapéutico la alianza podría aumentar su fuerza, como también disminuir y que la resolución de las dificultades en la alianza sería una tarea trascendente en la psicoterapia (Norcross, 2002; Corbella y Botella, 2003).

En psicoterapia, la AT aporta eficacia en el proceso y resultado terapéutico (Reynolds et al., 2006; Barber et al., 2000; Schwartz et al., 2003; Corbella y Botella, 2003; Corbella et al., 2012). Es por ello, que podría ser una variable que aporta a la construcción de una relación interpersonal y de un vínculo entre terapeuta y consultante que facilite el desarrollo de un proceso terapéutico en consultantes con baja cercanía interpersonal. Estos clientes presentan dificultades para construir un vínculo de confianza con una persona nueva, por lo que sentirse aceptado, tener un acuerdo de metas y tareas en el espacio terapéutico puede aportar a la generación de una relación de confianza entre terapeuta y consultante.

En consideración a los consultantes, se han observado dificultades disposicionales de éstos en relación con la AT en psicoterapia. Se observa que las variables que pudieran afectar la formación de la alianza terapéutica son el estrés, la calidad de las relaciones interpersonales, y algunas actitudes (Corbella y Botella, 2003). Se advierte que las personas con mayores habilidades interpersonales son más propensas a desarrollar AT y personas con un estilo de apego ansioso si no consiguen resultados previo a la 6ª sesión de psicoterapia comienzan a cuestionar el vínculo terapéutico (Corbella y Botella 2003, Corbella et al., 2012; Santibáñez, 2009). Los pacientes con cualidades como hostilidad o evitación social necesitarían más sesiones para crear una relación de confianza y desarrollar una AT óptima (Gaston et al., 1988; Kiesler y Watkins, 1989; Muran et al., 1994; Strupp y Hadley, 1979 citado en Corbella y Botella, 2003).

La AT ha mostrado ser un elemento trascendental en diversas orientaciones teóricas, psicoterapéuticas y en terapias individuales, grupales y familiares (Corbella y Botella, 2003). Se han estudiado por separado los elementos de la alianza terapéutica para conocer cómo se relacionan con el resultado en psicoterapia. Al respecto, una investigación que analizó diferentes investigaciones en esta línea observó que el 66% de los estudios indican una correlación significativa entre el vínculo y los resultados (Orlinky et al., 1994, citado en

Corbella y Botella, 2003). La AT podría ser una variable de proceso terapéutico que contribuya no sólo a la relación terapéutica y al vínculo entre terapeuta y consultante, si no que también a un resultado positivo en psicoterapia. Dentro de los estudios revisados para conocer la efectividad de la AT en el proceso y resultado terapéutico, se ha encontrado que en procesos terapéuticos en un rango de 5 a 10 sesiones con diversos tipos de psicoterapias (dinámica, humanista, analítica, psicodinámica, intervención en crisis, existencial, relacional, sistémica e interpersonal) es posible conseguir un cambio (Corbella y Botella 2003; Corbella et al., 2012, Santibáñez, 2009, Corbella y Botella, 2011, Norcross, 2002; Falkenstrom et al., 2013; Barber et al., 2000). Al respecto, la evidencia indica que:

- La AT en la primera fase del proceso, pudiera ser importante, sobre todo para prevenir abandonos prematuros en la terapia.
- La calidad de la alianza terapéutica repercute en el resultado de la terapia, aun en consultantes que han asistido a 5 sesiones de terapia.
- Un adecuado encuadre de objetivos a alcanzar con la terapia está relacionado con el logro de resultados relacionados con la disminución del malestar en los consultantes.
- Los niveles de AT en las primeras sesiones contribuyen a la construcción de un vínculo seguro. A su vez, buenos niveles de AT en las primeras sesiones pueden relacionarse con la mejora sintomática en los pacientes.
- Altos niveles de AT al final de la sesión predicen bajos niveles de síntomas al comienzo de la siguiente sesión.
- La AT favorece la reducción sintomática en los consultantes, y esta disminución contribuye a aumentar su fuerza en el proceso terapéutico.
- Existe una relación negativa significativa entre ansiedad y AT a medida que avanza el proceso terapéutico.
- Se relaciona la AT de las sesiones 2, 5 y 10 con un cambio en los síntomas de depresión en psicoterapia. También se descubrió que la AT de la sesión 5 y 10 estaba fuertemente relacionada con la mejora sintomática.

Considerando las investigaciones presentadas, se puede afirmar que la alianza terapéutica contribuye a un resultado y cambio en clientes con baja cercanía interpersonal, así como a su efectividad en contextos de psicoterapia breve (de 2 a 10 sesiones). A su vez, se puede apreciar que buenos niveles de alianza en las primeras sesiones contribuye al desarrollo de un vínculo de confianza, a un resultado y a la reducción sintomática. Sin embargo, como se mencionó en el inicio de esta sección, hay otras dos variables que resultan clave para un buen desarrollo del trabajo en terapia y se asocian a un mejor resultado y cambio terapéutico en los consultantes. Una de ellas es la Empatía Percibida. En la siguiente sección se describe la empatía percibida por el consultante, definiciones y evidencia empírica asociada a los resultados terapéuticos.

3.2.2 Empatía Percibida: definición, proceso y cambio

En 1997, Bohart y Greenberg, contribuyen a la definición de empatía como variable de proceso terapéutico (en Norcross, 2002). Estos autores observaron diferentes formas en que uno puede ponerse en el lugar del otro, como por ejemplo formas emocionales o cognitivas. Asimismo, señalaron que existen varias maneras de transmitir empatía, por ejemplo, mediante preguntas, interpretaciones relacionadas a la vivencia, uso cuidadoso de técnicas en psicoterapia, entre otros (Bohart y Greenberg, en Norcross, 2002). Con el propósito de especificar una definición de la variable empatía terapéutica, estos autores, detectaron que ésta posee tres maneras de desplegarse en psicoterapia que son la relación empática, la sintonía comunicativa y la empatía de la persona. La relación empática, se genera entre terapeuta y cliente en donde existe apoyo, compasión, y comprensión hacia la experiencia del cliente. La sintonía comunicativa es estar activo y atento en cada momento con la información y el desarrollo de la vivencia del cliente. La empatía de la persona es el esfuerzo por entender desde dónde vive la experiencia el cliente, su historia y diferentes momentos de su vida (Norcross, 2002). Estas tres cualidades contribuyen de modos diferentes al funcionamiento del proceso terapéutico mostrando la complejidad y multidimensionalidad de esta variable.

Desde esta perspectiva de la empatía como su aporte al proceso terapéutico, Barrett Lennard (1981) desarrolló un cuestionario que evalúa tres etapas de la empatía que son la empatía que vivencia el terapeuta, la empatía que recibe el observador y la empatía que experimenta el cliente. Posteriormente, se realizaron investigaciones entre estos tres modos de evaluar y vivir la empatía, y se cotejó que no se relacionaban necesariamente entre sí (Gurman, 1977, en Norcross, 2002). Este hallazgo permitió conocer el concepto de empatía en psicoterapia como un término que agrupa diferentes acciones y momentos, lo que subraya la importancia de entender la empatía terapéutica como un proceso, por sobre a estudiar cada uno de sus componentes separadamente (Norcross, 2002; Mateu et al., 2010)

Conocer cómo la empatía contribuye en psicoterapia en consultantes con baja cercanía interpersonal, en cuanto a la relación y vínculo terapéuticos, así como respecto del cambio en psicoterapia es posible. Estudios han encontrado que clientes que presentan más patologías pueden afectar o reducir la empatía del terapeuta. Esto muestra que el cliente puede influir en el nivel de empatía del terapeuta (Kiesler et al., 1967 citado en Norcross, 2002). En relación a ello, también se ha encontrado que aquellos clientes con más habilidades para comunicar sus experiencias y su mundo interior facilitan el acceso de la empatía terapéutica. A su vez se ha observado que no existe una misma respuesta positiva por parte de los consultantes frente a las demostraciones empáticas de su terapeuta. En otro estudio respecto de las cualidades de los consultantes y el nivel de empatía terapéutica, Beutler et al., 1986 (en Norcross, 2002) observaron que consultantes que se caracterizan por ser más inestables, suspicaces, menos motivados y con dificultades para respetar la autoridad presentan más dificultades para construir una relación interpersonal con terapeutas que poseen un mayor nivel de empatía. Estos hallazgos muestran que consultantes con menores habilidades interpersonales pudieran tener dificultades para sentirse comprendidos por éste.

Otras investigaciones han observado que en procesos terapéuticos que consideraron desde 5 a 14 sesiones de diversos tipos de psicoterapia (cognitiva, experiencial, psicodinámica, cognitivo conductual) en consultantes que padecen diferentes trastornos, la empatía percibida se ha relacionado con un resultado positivo en psicoterapia (Gimeno et al., 2015; DeGeorge, 2008; Burns & Nolen, 1992; Watson et al., 2014). Por otro

lado, se encontró que la EP y la AT presentan relaciones significativas en el proceso terapéutico. Al respecto, la literatura menciona que la AT y EP son consideradas factores comunes del proceso terapéutico y aparecen mucho más relacionadas con la varianza de resultado en psicoterapia que las intervenciones terapéuticas (Wampold, 2001).

En este apartado se ha presentado definiciones e investigaciones en psicoterapia respecto de la empatía terapéutica, como una variable de proceso que se relaciona significativamente con un resultado en psicoterapia. En base a los resultados expuestos en el apartado de AT y EP, es posible considerar que ambas variables en conjunto podrían contribuir a un cambio en consultantes con baja cercanía interpersonal. Pero como se ya se ha señalado, las variables terapéuticas no operan de forma apartada, si no que en conjunto con otras variables que contribuyen al proceso terapéutico en este tipo de clientes, como el Nivel Experiencial (NE), que se presenta a continuación.

3.2.3 Nivel Experiencial: definición, proceso y cambio

El nivel experiencial consiste en el nivel de profundidad que alcanza el consultante en psicoterapia en el contacto con su experiencia interna (Gendlin, 1955, 1957, 1958, 1961). Gendlin se interesó en desarrollar una medida para evaluar la profundidad que el cliente alcanzaba en este proceso, para lo que creó la Escala Experiencial. Esta escala permite conocer el nivel del cliente respecto de la profundidad del contacto con su experiencia interna, aportando un parámetro concreto en los procesos terapéuticos e indicando cuando el cliente ha aumentado su nivel experiencial a través de las sesiones de psicoterapia (Alemany, 2011). Esta escala consta de 7 niveles, de 1 a 7, donde 1 muestra una escasa relación entre el cliente y su experiencia y el nivel 7 donde el consultante logra un elevado contacto con ésta (Ver en Anexo 3 la versión de la Escala Experiencial con sus 7 niveles).

En el proceso terapéutico con orientación al focusing interfiere la capacidad del consultante para contactar y profundizar en las sensaciones que puedan emerger en su cuerpo producto de sus experiencias. Conocer el nivel experiencial del consultante en una sesión de

psicoterapia permite entender cómo este vive su experiencia y desde ahí conocer desde dónde responde y manifiesta lo que siente (Jaison, 2014). Más recientemente, diversas investigaciones han demostrado la fuerza de la profundidad de la experiencia como una variable de proceso y cambio terapéutico.

En relación a los consultantes y el NE que alcanzan en psicoterapia, se ha encontrado que clientes con mayor capacidad para profundizar en el contacto con su experiencia interna consiguen un mejor resultado. Por ejemplo, en una investigación se comparó personas con esquizofrenia y psiconeuróticas, y se encontró que estas últimas presentan mayor NE (Kiesler, 1971 citado en Goldman, 1997). Dentro de las cualidades de personalidad relacionadas a un mayor NE, se ha encontrado que nivel intelectual, introspección, capacidad reflexiva, obsesividad, motivación por efectuar un proceso terapéutico y neuroticismo, tendrían una relación positiva con la profundidad de la experiencia, es decir facilitarían un contacto más profundo con la experiencia interna (Goldman, 1997). Otra cualidad que se ha estudiado relacionadas con el NE, es la salud psicológica, la cual aparece con una fuerte relación al NE, ya que la presencia de mayores niveles experienciales podría estar relacionado con la posibilidad de tener una estructura neurótica de personalidad por sobre a ansiedad, depresión u hostilidad (Goldman, 1997). De acuerdo con estos hallazgos, se puede inferir que los consultantes con baja cercanía interpersonal podrían presentar menores niveles experienciales, es decir, dificultades para contactar y acceder a su experiencia interna en psicoterapia.

Diferentes trabajos de investigación (Goldman, 1997; Goldman et al., 2005; Goldman, et al., 2007), sobre procesos terapéuticos con una perspectiva experiencial en consultantes que padecían depresión han observado que la profundidad de la experiencia fue positivamente relacionada con reducción de síntomas depresivos, y aumento de la autoestima. Estos trabajos también han indicado que los niveles experienciales con que ingresan los consultantes a psicoterapia no funcionan como un obstáculo para lograr resultados, siempre y cuando el proceso contribuya a que el consultante profundice en el contacto con su experiencia interna en relación a las situaciones que requiera resolver, ampliando su comprensión de sus experiencias.

Como se ilustró anteriormente las tres variables terapéuticas que articularán el análisis de esta investigación -alianza terapéutica, empatía percibida y nivel experiencial- han mostrado ser clave en el proceso y resultado terapéutico. Esta investigación busca observar como la psicoterapia orientada al focusing puede aportar de manera positiva al despliegue de estas variables en psicoterapia y su contribución al cambio terapéutico en consultantes con baja cercanía interpersonal.

Como se señaló, la psicoterapia orientada al Focusing, es el foco de este estudio, nace del paradigma experiencial, pero ha sido utilizada desde diferentes enfoques terapéuticos (Gendlin, 1955, Gendlin, 1957; Gendlin, 1958; Gendlin, 1961; Jaison, 2014; Alemany, 2011). Varios autores han relacionado el método de focusing en psicoterapia con el logro de cambios en los clientes (Mcguire – Bouwman, 2010; Gendlin, Beebe, Cassens, Klein & Oberlander, 1968; Estrada, García-Vega y Pérez – Espinoza, 2016; Toukmanian, Jadaa & Armstrong, 2010; Coffeng, 2003; Eunsun Joo, 2011). Sin embargo, en sus diferentes formas de utilización y el momento terapéutico en que el método debe ser utilizado han sido escasamente estudiados. Esta investigación se propone contribuir a esta temática, buscando entender la relación del uso, en cuanto a modo y momento de aplicación de focusing en psicoterapia respecto de las variables de proceso terapéutico y posibilidades de cambio en consultantes con baja cercanía interpersonal.

METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio y diseño metodológico

Esta investigación se realizó entre el 2017 y el 2018 siguiendo un diseño cualitativo con aportes cuantitativos. Este es un estudio de caso de tipo no-experimental, longitudinal y de panel que buscó describir los cambios observados en la muestra compuesta por consultantes con bajas habilidades interpersonales que participaron de un proceso terapéutico breve orientado al focusing. El diseño de investigación se basó en un estudio de casos múltiples, que permitió indagar con profundidad el proceso terapéutico orientado al focusing, así como el modo y momento de uso de focusing en cada consultante, a través de la observación del proceso, de la conducta de las personas que participan de la investigación, así como de la evolución de los consultantes en la psicoterapia. Este estudio de casos se llevó a cabo mediante el enfoque de trabajo descriptivo, el cual involucra recopilar información mediante grabaciones o documentos escritos, revisar estas filmaciones, solicitar a otros investigadores que actúen como jueces para revisar las grabaciones, y realizar otras reuniones con los participantes para recabar como se sintieron durante el proceso de investigación (Edwards, 1998).

Este estudio es no experimental, ya que no existe una manipulación presupuestada para las variables, es longitudinal de panel puesto que persigue analizar los cambios con el paso del tiempo respecto a determinadas variables y sus relaciones entre ellas, con la participación de los mismos participantes quienes son evaluados durante un tiempo determinado (Hernández et al., 2014).

4.2 Conformación de la muestra

La primera etapa de este estudio se realizó gracias al proyecto de investigación de Dra. Michele Dufey donde esta tesis está inserta. Este proyecto contribuyó al diseño y selección de la muestra.

Para la conformación de la muestra, se invitó a las personas a participar por medio del contacto de redes personales y laborales de los investigadores del estudio (ver invitación en anexo 1). Luego se aplicó una batería de pruebas que buscaba medir las habilidades interpersonales de las personas con pruebas validadas para muestra chilena¹. Por otro lado, se consideraron las variables sociodemográficas tales como sexo, edad, nivel socioeconómico y educacional, existencia de antecedentes psiquiátricos y farmacológicos. El objetivo de estas evaluaciones iniciales era evaluar las variables disposicionales interpersonales (empatía, apego, ansiedad social y agresividad) en población adulta general con el fin de conformar grupos de alta y baja cercanía interpersonal. Una vez concluida la fase de convocatoria y primer filtrado, se hizo una selección inicial de 184 personas, de las cuales 77 son mujeres. Se escogieron mujeres en este estudio, puesto que son quienes manifiestan mayor necesidad de atención y percepción de enfermedad (Vega et al., 2003). De las 184 personas se decidió trabajar con 77 mujeres porque responde a los objetivos del proyecto de investigación.

Posteriormente para tomar la decisión sobre la selección de personas que participaría de la siguiente fase del estudio la cual consistía en asistir a 8 sesiones de psicoterapia, se realizó un análisis de conglomerados sobre el total de las 77 participantes para conformar dos grupos diferenciados según los niveles de empatía, apego, ansiedad social y agresividad. El primer grupo, denominado de baja cercanía interpersonal, quedó conformado por 17 personas, quienes presentaron menores niveles de empatía y mayores niveles de apego ansioso, de ansiedad social y de agresividad. El segundo grupo, de alta cercanía interpersonal, quedó conformado por 54 personas, con valores opuestos en las variables anteriormente mencionadas. Posteriormente, se contactó a personas de ambos grupos que previamente manifestaron su disposición a ser invitadas a participar de la fase de psicoterapia (en el

¹ Batería de pruebas: Índice de Reactividad Interpersonal, Escala de Apego Adulto, Cuestionario Agresividad de Buss y Perry, Escala de Evitación y Malestar Social, cuestionario sociodemográfico.

consentimiento informado) para invitarlas a incorporarse a la etapa de psicoterapias, resultando un total de 11 casos con ingreso a psicoterapia.

Para esta invitación, se coordinaron reuniones individuales con cada persona, y se les administró un consentimiento informado (ver anexo 2) que cada una de las participantes leyó y firmó, aceptando ser parte de esta investigación. Del total de participantes, 5 personas formaban parte de la muestra de casos tipo de baja cercanía interpersonal, quienes cumplían con los criterios de inclusión y que iniciaron el proceso terapéutico. No obstante, 2 personas abandonaron el proceso previo a las 8 sesiones. Por lo que en este estudio se mostrarán los resultados obtenidos por estas tres consultantes que completaron el proceso terapéutico.

Los criterios de inclusión para las consultantes fueron los siguientes:

- Edad entre 18 y 50 años
- Residente en la Región Metropolitana
- Aceptar que las sesiones sean registradas en video y audio.
- Disponer de tiempo para responder los instrumentos antes y después de cada sesión
- Ausencia de antecedentes psiquiátricos y tratamiento farmacológico relacionado
- Que no se encuentren asistiendo a otra psicoterapia en el momento de participar en el estudio.
- Disponibilidad para asistir a 8 sesiones de 45 minutos a 1 hora cada una.

La siguiente tabla presenta la información sociodemográfica de las participantes en el estudio.

Tabla 1. Información sociodemográfica de las consultantes

Participante	Género	Edad	Estado civil	Educación	Antec. psiquiátricos
1	Femenino	28	Soltera	Superior completa	No tiene

2	Femenino	27	Soltera	Superior completa	No tiene
3	Femenino	25	Soltera	Superior incompleta	No tiene

También se elaboraron criterios de inclusión para los terapeutas, que son los siguientes:

- Formación de postítulo o postgrado en psicología clínica y especialización en psicoterapia orientada al focusing.
- Experiencia mínima de 3 años en psicoterapia.

4.3 Procedimiento

Con cada una de las participantes se realizó una entrevista previa al inicio del trabajo terapéutico, en donde se le explicó los objetivos del estudio y su participación, se firmó el consentimiento informado, y se levantaron las necesidades de trabajo terapéutico de la consultante. Se les informó a las consultantes en dicha reunión los alcances específicos de la investigación, tales como la evaluación previa y posterior a la sesión de terapia, y la disponibilidad de tiempo que requiere esa evaluación. En este sentido, se les solicitó presentarse 10 minutos antes al inicio de cada sesión y contar con disponibilidad del mismo tiempo después de la sesión, para contestar los instrumentos comprometidos en la investigación.

A continuación, se dio inicio al proceso terapéutico de 8 sesiones de psicoterapia orientada al focusing de una duración de 45 minutos a 1 hora que se llevó a cabo en el centro de psicología aplicada (CAPS) de la Facultad de ciencias sociales de la Universidad de Chile.

Cada sesión de psicoterapia fue filmada y se aplicaron pruebas para evaluar las variables de proceso terapéutico. El modo y momento de uso de focusing fue pesquisado a

través de la observación de las filmaciones de las 8 sesiones. Las variables de proceso fueron medidas desde el inicio hasta el término de la psicoterapia. Cada una de las evaluaciones involucraron la aplicación de una batería de instrumentos antes de la sesión y posterior a ella, que permitió medir y conocer los niveles de las variables de proceso y resultado terapéuticos en cada sesión y entre las sesiones, y las diferencias entre la primera y la última sesión.

Para cada una de las sesiones hubo 1 terapeuta para cada consultante, quien después de la sesión discutiría los eventos significativos del encuentro con el equipo de investigación.

4.4 Instrumentos

La aplicación de los instrumentos de psicoterapia se dividió en dos, al comienzo y al final de cada sesión, por un periodo de tiempo de 15 minutos en donde un integrante del equipo de investigación, se hizo cargo de realizar la administración de las pruebas al cliente, la cual consideró los siguientes instrumentos:

a) Instrumentos aplicados previo a cada sesión

- En la sesión número 1 se consulta por el motivo de consulta y en la sesión número 8 se evalúa el nivel de logro del motivo de consulta en una escala de 1 a 7.
- OQ-45.2: Determina el progreso del consultante en la psicoterapia mediante un continuo de tres subescalas que representan cómo se siente internamente (subescala de sintomatología), cómo se relaciona con los otros significativos (subescala de relaciones interpersonales) y cómo funciona en tareas vitales como el trabajo y estudios (subescala de rol social). Esta escala validada en Chile consta de 45 ítems en total que se responden mediante una escala Likert que varía de 0 (“nunca”) a 4 (“casi siempre”). Para consignar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la muestra, este instrumento incluye un puntaje de corte o PC, el cual tiene un valor de 73 considerando el valor total del instrumento. Por lo que puntajes inferiores al PC indican que la muestra posee un grado de bienestar equivalente a una población funcional. Para confirmar el cambio alcanzado con el proceso terapéutico, este

instrumento muestra que el cambio es clínicamente significativo cuando el puntaje final del consultante es menor al PC inicial y la diferencia entre el puntaje inicial y final es mayor al ICC o índice de cambio confiable². (De la parra y von Bergen, 2006)

- Escala de Evaluación de Resultados (EER), se utilizó para evaluar cómo se siente el consultante en forma individual, con otros, en lo social, y en general. Validada por Scott Miller, Barry Duncan, Jeb Brown, Jacqueline Sparks y David Claud (2003)

b) Batería de instrumentos aplicados al final de cada sesión:

- Escala de Evaluación de la sesión (ESS), para conocer la apreciación del consultante respecto de la relación con el terapeuta, los objetivos y temas trabajados, el enfoque y método de trabajo y aspectos generales. Validada por Scott Miller, Barry Duncan, Jeb Brown, Jacqueline Sparks, David Claud, Lisa Reynolds y Lynn Johnson (2003)
- Inventario de la Alianza de Trabajo. Este cuestionario posee una versión para pacientes (IAT-P) y una versión para terapeutas (IAT –T), las cuales fueron aplicadas en este estudio. En cada uno se miden las tres dimensiones de la Alianza de trabajo que son vínculo, tareas y metas. Cada versión está compuesta por 12 ítems, mediante una escala tipo Likert que oscila entre 1 (nunca) y 7 (siempre). Para obtener una medida más robusta de la AT se administrará la versión paciente (P) y Terapeuta (T). Validado en Chile por Patricia Santibáñez (2003) (ver en anexo 5)
- Escala de Comprensión Empática del Inventario de la relación de ayuda de Barret – Lennard. Se compone de 16 afirmaciones que estiman el grado en que el consultante se siente comprendido por el terapeuta en cuanto a sus vivencias y significados del momento, así como a la comunicación explícita de ello. La escala es de autorreporte y se responde en una escala likert con 6 opciones de respuesta, que varían de -3 (No, tengo la absoluta convicción que esto no es verdad) a +3 (Sí, tengo la absoluta convicción de que esto es verdad). Validado en Chile por Alejandro Celis (1999) (ver en anexo 6)

² Según Alejandra Von Bergen y Guillermo De La Parra (2002), para OQ-45 total, PC = 73; ICC= 17

Se filmó mediante una videocámara las 8 sesiones de terapia para cada consultante, para observar y describir el proceso terapéutico orientado al focusing, así como el modo y momento del uso del método a lo largo de las sesiones; los cambios en las intervenciones del terapeuta; y por último los cambios en las respuestas y desempeño de los consultantes, lo que aporta densidad a la interpretación de los datos. Para sistematizar las observaciones se utilizó los pasos del método y proceso de focusing tal como se describió en la sección de focusing del marco teórico. Mediante la observación de la filmación del desarrollo de focusing en cada sesión de psicoterapia, se detectaban los pasos que se iban ocupando del método a través de la observación del consultante respecto de como iba realizando el ejercicio, y del terapeuta respecto de como guiaba al cliente en la aplicación del método. De esta manera se pudo dilucidar los pasos del método que fueron aplicados.

Asimismo, a partir de las filmaciones se evaluó el nivel experiencial de las consultantes en base a la Escala experiencial mediante dos jueces expertos. Se realizó un tipo de evaluación del nivel experiencial denominada peak, la cual consiste en capturar el mayor nivel experiencial por sesión por participante, cada 9 minutos de la sesión de psicoterapia. Cada sesión tenía una duración de 45 minutos a 1 hora aproximadamente, por lo que fue posible capturar un máximo de 6 momentos para identificar el nivel experiencial peak. Este proceso fue desarrollado por dos psicólogos con experiencia en psicoterapia experiencial y en el uso de la escala experiencial, quienes fueron los jueces que realizaron esta medición (Goldman, Greenberg y Pos, 2007).

4.5 Plan de análisis

Para desarrollar el análisis se revisó y categorizó el material de acuerdo con los cuatro objetivos específicos de esta investigación. Cada uno de estos objetivos implicó poner en marcha aspectos específicos del análisis que se describen a continuación.

- **Objetivo 1:** Describir a través de las sesiones las variables de proceso (alianza terapéutica, empatía percibida, nivel experiencial) y resultado en terapia en consultantes con baja cercanía interpersonal.

Se realizó análisis de medidas descriptivas por cada sesión de psicoterapia para las variables de proceso: Alianza Terapéutica, Empatía Percibida y nivel experiencial. Se examinó la confiabilidad de cada escala con el alfa de Cronbach y para el nivel experiencial se determinó el índice de confiabilidad entre-jueces mediante el índice de confiabilidad intraclase.

Estos resultados se contrastaron con la variable de resultado que es la medida inicial y final del cuestionario OQ-45.2. Se exploró el nivel de confiabilidad de esta escala con alfa de Cronbach.

- **Objetivo 2:** Identificar el modo y el momento de implementación del focusing a través de las sesiones de psicoterapia de consultantes con baja cercanía interpersonal.

Para ello, se realizaron observaciones y análisis de las filmaciones de cada sesión de terapia por cada consultante, para identificar modo y momento de uso de focusing. En estas observaciones, Se analizó los pasos del método de focusing que se aplicaron, junto con que se observó los momentos o sesiones en que se administró a lo largo del proceso terapéutico.

- **Objetivo 3:** Relacionar el desarrollo de las variables de proceso (alianza terapéutica, empatía percibida y nivel experiencial) en relación con el modo y el momento de uso del focusing en psicoterapia.

Se realizó una contrastación descriptiva para cada consultante que se ilustró mediante gráficos que muestran el cruce de variables de proceso terapéutico con el modo y momento

de aplicación de focusing. De esta manera, se buscó conocer similitudes y diferencias entre los casos y las sesiones de psicoterapia.

- **Objetivo 4:** Determinar cómo el modo y momento de implementación del focusing facilita el resultado en psicoterapia en consultantes con baja cercanía interpersonal.

Se realizó una contrastación entre los resultados del OQ-45.2 de la sesión 1 y sesión 8, por cada participante, en conjunto con los hallazgos de modo y momento de uso de focusing a lo largo del proceso terapéutico, de manera de detectar el cambio en psicoterapia. Con esta contrastación, se pudo conocer si la aplicación de focusing contribuye a un resultado terapéutico. A su vez, permitió evidenciar si el modo de uso de focusing favorece un mayor resultado en psicoterapia. Por otro lado, esta contrastación permitió conocer las similitudes y diferencias respecto al resultado entre los casos.

RESULTADOS

En esta sección se presentarán los resultados de la investigación, los cuales se organizarán de acuerdo con los objetivos específicos planteados.

- **Objetivo 1:** Describir las variables de proceso (alianza terapéutica, empatía percibida, nivel experiencial) a través de las sesiones y el resultado en terapia en consultantes con baja cercanía interpersonal.

Se procedió a calcular media, desviación estándar y confiabilidad para los instrumentos que evaluaron cada variable de proceso terapéutico, las cuales se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Resultados descriptivos de las variables de proceso terapéutico

Vaeriables / sesiones	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Alianza Terapéutica								
Alpha Cronbach	0,93	0,93	0,93	0,94	0,97	0,99	0,61	0,79
Media	78,33	78,00	79,67	80,33	80,00	80,00	78,00	80,00
Desviación estandar	2,89	7,94	5,13	4,73	6,93	6,93	6,00	6,93
Empatía Percibida								
Alpha Cronbach	0,82	0,77	0,66	0,70	0,78	0,82	0,69	0,86
Media	39,67	35,33	42,00	45,67	43,50	45,33	40,00	39,33
Desviación estandar	6,03	10,12	6,56	4,04	6,36	4,62	3,46	4,62
Nivel Experiencial								
Indice Confiabilidad Intraclase				0,71				

Media	4,83	4,67	4,83	4,50	4,83	4,67	5,00	4,00
Desviación estándar	0,29	1,04	0,76	1,32	0,76	0,76	1,00	0,50
OQ-45 (Resultado terapéutico)								
Alpha Cronbach	0,93							0,90
Media	50,67							35,00
Desviación estándar	30,24							21,21

La confiabilidad de las variables se evaluó ocupando la muestra total de 11 consultantes. En la tabla 2 se puede apreciar que los instrumentos que evaluaron AT, EP, NE presentan niveles de confiabilidad de aceptables a elevados (todos entre 0.69 y 0,99). En la variable NE aparece un solo valor de confiabilidad (0,71), puesto que es el índice de confiabilidad intraclase que se obtiene mediante los datos de dos jueces quienes evaluaron el NE de cada consultante en cada sesión de psicoterapia.

Respecto a las medias de los puntajes de cada variable, éstas se consideraron para los tres casos que finalizaron el proceso terapéutico, se puede apreciar que éstas se encuentran cercanas al puntaje máximo para las variables AT y EP, lo cual muestra que ambas fueron constantes y significativas a lo largo de las sesiones del proceso terapéutico para las tres consultantes evaluadas. En cuanto a NE, se observan medias con valores de 4 a 5 puntos, lo cual muestra un nivel de profundización en el contacto con la experiencia interna en forma constante durante el proceso terapéutico.

El resultado terapéutico se pesquisó mediante instrumento OQ-45, se presentan las medidas para sesión 1 y 8, de manera de conocer el estado inicial de la muestra y el resultado alcanzado al finalizar la psicoterapia. La media de sus puntajes indica que los sujetos ingresan al proceso con puntajes inferiores al puntaje de corte (PC = 73) de OQ-45. Este puntaje indica la diferencia entre una muestra funcional y disfuncional. En este caso, las consultantes constituyen una muestra funcional, ya que su media no supera el PC al inicio del proceso.

Esto significa que las consultantes que conforman esta muestra denotan un nivel de bienestar acorde a una población funcional, lo cual valida la caracterización del grupo de consultantes que este estudio pretende investigar, correspondiente a la población adulta general.

Con el propósito de describir el nivel de bienestar y funcionalidad al inicio y término de la psicoterapia por cada consultante, se realizaron análisis de los puntajes del instrumento OQ-45.2, de manera de evaluar el grado de cambio alcanzado por cada una. A continuación, se presenta una tabla que muestra los puntajes del instrumento OQ-45 para las sesiones 1 y 8 para las tres consultantes.

Tabla 3. Resultados OQ-45 Total

Consultantes / OQ-45	OQ-45 Total 1	OQ-45 Total 8
Consultante 1	25	20
Consultante 2	84	50
Consultante 3	43	41

En esta tabla se puede apreciar que la consultante número 2, ingresó con un PC superior a lo esperado de acuerdo con los baremos³ utilizados, lo cual significa que existe un nivel de disconfort en su calidad de vida; y la diferencia entre éste y su puntaje final coincide con lo esperado para considerar un cambio confiable. Esto indica que esta consultante a lo largo del proceso terapéutico consigue un resultado clínicamente significativo (von Bergen & De La Parra, 2002, pág. 175). Esta consultante constituye el único caso que ingresó a terapia con un nivel de sintomatología clínica significativa.

En consideración a las dos consultantes restantes, se puede observar que, inicialmente presentaban puntajes inferiores al PC, y finalizaron su proceso terapéutico con puntajes que

³ Los baremos fueron obtenidos por la adaptación y validación para muestra chilena de OQ-45 realizada por von Bergen y De La Parra en el año 2002.

continuaban siendo inferiores al PC. En este caso, la consultante numero 1 disminuyó en 5 puntos su puntaje inicial, y la consultante numero 3 disminuyó en 2 puntos su puntaje inicial. Estos resultados indican que en el caso de estas participantes, ellas ingresan a terapia como parte de una población funcional, y permanecen en este nivel funcional al finalizar el proceso con cierta disminución en la expresión subclínica de su sintomatología. Esto muestra que las consultantes consiguen un resultado en el proceso terapéutico, aunque el cambio sea menor a un indicador confiable de acuerdo con los baremos para este instrumento. Por este motivo, es importante ahondar en el desarrollo de las sesiones de trabajo terapéutico, tanto de sus variables de proceso, como en el modo y momento de uso del focusing en psicoterapia, para indagar qué aspectos pueden estar contribuyendo al cambio y, por otro lado, qué aspectos pueden haber dificultado que pudiesen haber alcanzado mayores resultados.

- **Objetivo 2: Identificar el modo y el momento de implementación de focusing a través de las sesiones de psicoterapia.**

El logro de este objetivo requirió del análisis de la filmación de cada sesión de psicoterapia por cada participante. Con el fin de aportar claridad en la exposición de los resultados, se presenta la tabla 4 que grafica los pasos del método y proceso de focusing que fueron aplicados en psicoterapia. se presentan de esta manera, ya que la aplicación del método en la psicoterapia contribuyó al desarrollo del experiencing en las consultantes y por ende las fases del proceso de experimentar que son referente directo, develación, aplicación global y movimiento del referente.

Tabla 4. Modo y momento de uso de focusing

Consultantes / Sesiones	1	2	3	4	5	6	7	8
Consultante 1	D.E.	D.E.			D.E.			D.E.
	S.S./ RD	S.S./ RD			S.S./ RD			R./ MR
	C.A./ D	C.A./ D			C.A./ D			
	A.G.	A.G.			A.G.			
Consultante 2					MR			
		D.E.	D.E.					
		S.S./ RD	S.S./ RD					
		C.A./ D	C.A./ D					
		RE.	RE.					
		P.	P.					
		A.G	A.G					
Consultante 3		R./ MR	R./ MR					
	D.E.							
	S.S./ RD							
	C.A./ D							
	A.G.							

Nota:

Pasos método focusing: DE: Despejar un espacio; SS: Sensación sentida; CA: Conseguir un asidero; RE: resonar; P: preguntar; R: Recibir.

Proceso focusing: RF: Referente directo; D: Develación; AG: Aplicación global; MR: Movimiento del referente.

A continuación, se describen los resultados por cada consultante y se explora con mayor profundidad en aquellas sesiones en que la psicoterapia orientada al focusing aplicó esta técnica específica.

Consultante 1

En su proceso terapéutico, se observa la aplicación de los tres primeros pasos de focusing en la primera y segunda sesión, que incluye *despejar un espacio*, *formar una sensación sentida* y *conseguir un asidero*. A continuación, en la quinta sesión se vuelve a realizar el paso *despejar un espacio*, *formar una sensación sentida*, *conseguir un asidero* y *aplicación global*. En la primera y segunda sesión se realizan las fases de referente directo, develación y aplicación global y en la quinta sesión se realizaron las cuatro fases del proceso que finaliza con el movimiento del referente, y en la octava sesión, se trabaja con *despejar un espacio* y con *recibir*. Para entregar una descripción respecto del proceso terapéutico de la consultante y de la profundidad en el contacto con su experiencia interna, se presentan aspectos importantes de cada una de estas sesiones.

Desde un inicio de la primera sesión se observó un nivel de tensión elevada, que a lo largo de la sesión tendió a disminuir. En la primera mitad del proceso terapéutico, se observaba tensión, nerviosismo, y preocupación por su manera de exponer sus experiencias. En la segunda mitad del proceso terapéutico la consultante se mostró un tanto más desenvuelta, y menos incómoda para transmitir sus apreciaciones de sí misma y de sus experiencias.

Primera sesión. En la primera sesión se levanta el motivo de consulta. La consultante menciona la incomodidad en las relaciones interpersonales en general y en situaciones sociales nuevas. La consultante agrega la necesidad de evitación, como un recurso para prevenir la sensación de incomodidad y angustia que usualmente le aparece en situaciones sociales. Físicamente esta incomodidad se revela, según ella describe, en el estómago con constipación y estreñimiento. Se profundiza en la sensación estomacal que se genera a partir

estas dificultades sociales, y la consultante aporta descripción de momentos donde este tipo de situaciones ocurren. También se indaga respecto de la sensación de incomodidad, donde la consultante entrega información respecto de todas las situaciones específicas en las cuales se genera esta incomodidad. Luego de explorar lo que la consultante necesita trabajar en psicoterapia, se le invita a participar de un ejercicio de focusing.

Respecto a *despejar un espacio*, la consultante logra conectarse con su respiración, sin embargo, le cuesta concentrarse en sus sensaciones. A continuación, se desarrolla el paso *formar la sesión sentida*, en donde se puede apreciar la sensación de incomodidad, la cual se sitúa en el cuello y la espalda, donde según ella describe, “se siente tieso”, lo que muestra el paso de *conseguir un asidero*. Estas últimas sensaciones se reconocen como aquellas que son conocidas, que ha sentido antes. Posteriormente, emerge una emoción de pena, y se le da el espacio para que se permita sentirla. A continuación, se explora la emoción de pena, de dónde viene, y con qué se relaciona. Frente a ello, la consultante reacciona compartiendo información, escucha las interrogantes del terapeuta, y participa de una interacción comunicacional que busca explorar lo que necesita y lo que le pasa en ese momento. Destaca que relaciona esta pena con la dificultad que significa para ella que la atención del otro esté puesta en ella. En respuesta a las apreciaciones que comparte la consultante con su terapeuta, se validan y acepta lo que le sucede, se le muestran espacios de trabajo para lo que ella necesita, aunque sea en un proceso de ocho sesiones. Se acuerdan aspectos a trabajar en las sesiones.

En esta sesión se puede apreciar que estos pasos de focusing (despejar un espacio, sensación sentida, conseguir un asidero), facilitaron acercarse a la necesidad de la consultante, explorarla, y detectar aspectos que son importantes para ella de trabajar en estas ocho sesiones.

Segunda sesión. La consultante se presenta menos tensa, con mayor apertura para participar de la sesión de psicoterapia. En esta segunda sesión se trabaja el reconocimiento y validación de espacios que contribuyen a su bienestar actual en relación a las temáticas que se acordaron trabajar en la sesión anterior. Se revisan las apreciaciones de la consultante

respecto de los aspectos que se requiere trabajar en las siguientes sesiones, y se pesquisa las observaciones respecto de sí misma en relación a ello. La consultante responde ante ello con sus aproximaciones, y trae consigo un registro de sus observaciones sobre su incomodidad en situaciones sociales, que comparte con su terapeuta.

Después de esta exploración, se realiza un ejercicio de focusing. Se comienza por *despejar un espacio*, y en ese paso de la técnica, se le propone conectarse con sus sensaciones, con palabras y con lo que vaya surgiendo. A continuación se forma la sensación sentida, en donde aparece nuevamente la incomodidad, que ella describe como una sensación física. A continuación, se explora esta sensación. Este paso, *la sensación sentida*, contempla que la consultante se vincule con esta sensación, la acepte, y permita que aparezca, buscando acompañarse en esta sensación. En ese espacio, la consultante observa que se puede mantener tranquila respecto de sus pensamientos, pero físicamente aun se mantiene la incomodidad que describe como una sensación de estar apretada en general, de tener las manos apretadas, el cuello tenso, sin una respiración relajada, lo que muestra el paso de *conseguir un asidero*. Posterior a ello, la consultante comunica que esta tensión se puede relacionar con sentir que la atención de otro esta puesta en ella. La terapeuta indica la facilidad de efectuar este ejercicio en forma solitaria sin conducción externa, y se clarifica que la incomodidad no sería una sensación que formaría parte de este proceso solitario. Se explora esta incomodidad, y se distingue una sensación de alerta de la consultante, como una sensación que podría estar relacionada con la incomodidad.

Previo a realizar otro ejercicio de focusing, se le enseña a la consultante una manera de respirar para aportarle movimiento a su respiración. A continuación, se realiza una segunda aplicación de focusing para revisar su respiración, dejando a la respiración como punto focal, para revisar como está, y qué parte del cuerpo se va moviendo en conjunto con esta respiración. En este momento, por problemas técnicos, se detiene la grabación, por lo que no pudo completarse la filmación completa de esta sesión.

Tercera y cuarta sesión. En la tercera y cuarta sesión no se aplicó focusing, no obstante, la consultante reportó avances respecto a la disminución de la incomodidad en

contextos sociales y mencionó que puede estar más tranquila y con menos cuestionamiento de sí misma en contextos sociales. Durante estas sesiones se fue explorando la sensación de incomodidad, en donde se asignó especial atención en la corporalidad de la consultante, y de cómo vive la experiencia en un contexto social.

Quinta sesión. En la primera parte de la quinta sesión se realiza un ejercicio de focusing para conectar a la cliente con sus sensaciones. Se comienza por el paso de *despejar un espacio*, en donde la terapeuta invita a la consultante a conectarse con sus sensaciones internas, a chequear cómo se encuentra internamente. La consultante relata que, en comparación con la primera vez de la aplicación de este método, puede estar más relajada, sin estar consciente constantemente de sus molestias corporales. Describe poder entrar en su experiencia interna más allá de lo físico. A continuación se genera la formación de la *sensación sentida*, en donde la consultante se conecta con su experiencia interna, y desde ahí con la sensación de tranquilidad, la cual no había aparecido en los ejercicios de focusing anteriores, generándose el paso *conseguir un asidero*. La terapeuta la realiza *preguntas* sobre esta sensación de tranquilidad a la consultante. Posteriormente, reconoce situaciones que ha vivido las últimas dos semanas que también las relaciona con la tranquilidad. Y a continuación, en el paso de *recibir*, la consultante se conecta con la tranquilidad como una sensación que también le agrada sentir con sus seres queridos. Adicionalmente, relaciona esta sensación con su cuerpo, sentir que come sano, que hace ejercicio. También se puede observar que luego de la realización de este ejercicio, la consultante comenta más detalles de situaciones que había vivido en su trabajo que le habían generado lo opuesto a la tranquilidad.

Sexta y séptima sesión. En la sexta y séptima sesión no se realiza focusing, si no que se continúa explorando la experiencia interna de la consultante respecto a sus dificultades en contextos sociales tanto para hablar como para relacionarse con personas lejanas y desconocidas; y en la séptima sesión reporta un avance en cuanto a la disminución de la incomodidad en un contexto social permitiéndose estar tranquila sin recurrir a comer

mientras los otros conversan. Si bien el método específico del focusing no fue el eje de estas sesiones, la terapia orientada al focusing consideró continuar explorando la experiencia de incodidad de la consultante en contextos sociales, enfocandose en como y desde donde vive estas experiencias.

Octava sesión. En la octava y última sesión la consultante describe su interés por reunirse con una persona desconocida experta en un área profesional de su interés y su decisión de invitar a esta persona para conocer más sobre ello. Se le refleja el cambio respecto de la experiencia de encuentro y compartir que se genera en esta situación. La consultante relata que antes habría estado nerviosa previo al encuentro, y en esta ocasión está más interesada, menos nerviosa y menos incómoda. Además, añade que se encuentra realizando unos ejercicios de respiración y meditación diariamente. La terapeuta le invita a hacer un ejercicio de focusing para revisar el proceso terapéutico, y comienza por *despejar un espacio* para revisar sus sensaciones y conectarse con su experiencia interna. La terapeuta intenta guiarla en el desarrollo de los pasos siguientes del método de focusing, solicitándole que sintiera su cuerpo, que se abriese a lo que surja, que se conectara con sus sensaciones, y realizó consultas respecto de cómo son sus sensaciones. La consultante no expresa respuesta respecto de las sensaciones corporales, la simbolización de éstas y frente a las consultas y guía de la terapeuta. La consultante detiene el ejercicio y menciona que el concepto que reúne todo el proceso es aceptación. En ese sentido, se refiere a tener la capacidad de sentirse suficiente, aunque no sea de manera perfecta. Esto muestra el sexto paso de *Recibir*, el cual implica revisar lo sucedido en la sesión y en su proceso, y proteger este resultado de las autocríticas.

En esta consultante se puede apreciar que, si bien no se aplicó el método y proceso completo de focusing en la primera mitad del proceso terapéutico, la aplicación de los pasos mencionados y la orientación al focusing que durante todas las sesiones atendió a la experiencia de sus sensaciones internas y su corporalidad, puede contribuir a un cambio en la sensación corporalmente sentida. En la 5ª sesión se pudo realizar un proceso de focusing completo, en donde se aprecia un movimiento del referente que muestra la sensación de

tranquilidad y como ella aprecia esta sensación en un entorno. En la 8ª sesión, se observa otro movimiento del referente en donde aparece la sensación de aceptación. En su proceso terapéutico, su sensación inicial de incomodidad se modificó a una sensación de tranquilidad y finalizó con la sensación de aceptación. Este modo de administración de focusing en psicoterapia para el caso de esta consultante muestra que a lo largo de las sesiones se produce en forma transversal un proceso de focusing completo, esto podría indicar que el proceso interno que vivencia la consultante al contactarse con su cuerpo y con sus sensaciones pudiera seguir funcionando en sesiones posteriores donde el focusing se encuentra ausente o donde su aplicación fue incompleta.

La aplicación de los pasos de focusing a lo largo de las sesiones de psicoterapia, es decir al inicio, a la mitad y al final, favoreció el proceso interior de contacto con su experiencia interna, de sentir como y desde donde vive sus experiencias o se encuentra experimentando. Esto favoreció la generación de las fases de este proceso que son referente directo, en el momento que contacto con su sensación sentida corporalmente, luego sucedió la develación que es cuando la consultante identifica esta sensación, le asigna símbolos y significados, a continuación sucede la aplicación global que es cuando la consultante siente que estas sensaciones de incomodidad las ha sentido anteriormente, y posteriormente observa que la sensación de tranquilidad también ha logrado sentirla en varios acontecimientos. Finalmente, sucede el movimiento del referente, que se refiere a un cambio en su interior sobre como vive la experiencia, pasando desde la incomodidad a la tranquilidad y aceptación.

Consultante 2

En esta consultante, se administró focusing en las sesiones 2 y 3, aplicando los seis pasos del método, los cuales son *despejar un espacio, sensación sentida, conseguir un asidero, resonar, preguntar y recibir*. Respecto al proceso de focusing, se generó el espacio para poder realizar la fase de referente directo, develación, aplicación global y movimiento del referente en la segunda y tercera sesión. Con el propósito de conocer la experiencia de la consultante en este proceso terapéutico, se expone a continuación aspectos relevantes de cada sesión de psicoterapia.

Primera sesión. En la primera sesión la consultante se observa reservada y receptiva. Manifiesta que se encuentra en esta psicoterapia para resolver sus dificultades laborales. Actualmente, reporta rabia, angustia frente a los cambios, y el hecho de que sus tareas laborales consumen la mayor parte de su día. Manifiesta preocupación permanente por su trabajo. Los sentimientos principales son angustia y sentirse sobrepasada, con mucho temor a no poder manejarlo. Sus apreciaciones físicas son tensión y sentirse todo el día “apretada”. También se visualiza temor frente a los cambios lo cual conlleva un miedo a equivocarse. Esta situación le angustia y le genera una preocupación constante. La sensación física relacionada a esta sensación es calor en el pecho. Agrega su dificultad para mostrar límites en su trabajo, lo cual le produce bastante rabia con su jefatura. Se profundiza en las dificultades laborales y sus sensaciones, a lo que ella responde compartiendo experiencias de fijar límites que ha observado en otras personas y el éxito y fracaso que ha apreciado en ellos en ese proceso. Describe que la dificultad de no poner límites en la situación laboral se ha tornado últimamente más angustiante. Frente a ello, la consultante entrega detalles de cuán sola se siente en situaciones donde se ve forzada a tomar decisiones de mayor nivel jerárquico en consideración a su posición laboral.

Se genera un acuerdo del resultado que la consultante necesita de esta psicoterapia, el cual consiste en aceptar lo que le sucede, y con ello, mostrarse tal como ella es y expresarlo. Frente a ello, la consultante agrega que le gustaría que su forma de ser en espacios privados pueda expresarse en otros espacios.

Segunda sesión. En la segunda sesión, se ahonda respecto a sus emociones, tales como rabia, angustia, vulnerabilidad. También se revisa su parte crítica, que genera fuerza para que desaparezcan estas emociones. Menciona que le cuesta conectarse con la sensación de vulnerabilidad en el día a día. Se ha conectado más con ella cuando ha estado sin trabajo, momentos en los que ella se conecta con más facilidad con lo que está pasando y qué desea hacer. El terapeuta le invita a hacer un ejercicio de focusing para indagar y darle espacio a esa parte de ella. Se comienza por *despejar un espacio*, en donde el terapeuta le solicita a la

consultante que se conecte con la sensación de vulnerabilidad, sin entrar en la sensación, solo acompañando la sensación. En esta etapa aparece la formación de la *sensación sentida* respecto de la sensación de vulnerabilidad, y, en el contacto con esta sensación surge el paso *conseguir un asidero* en donde la consultante describe esta sensación como temblorosa, un poco pesada. El peso lo siente en el pecho y en la cabeza y el temblor acompaña ese peso. El temblor lo siente en el pecho. Describe que al inicio fue una sensación grande, acompañada de aceleración, tristeza y ansiedad. La consultante relata que la sensación ha disminuido la intensidad. A continuación, se desarrolla el paso de *resonar*, en donde se explora la sensación mediante la conversación con el terapeuta, para generar un ajuste entre su sensación y la simbolización. Se descubre una sensación de miedo, ya que la sensación subió de nivel en el ejercicio junto con el calor, sumado a la incertidumbre de no conocer qué va a aparecer al darle espacio a esa sensación. Luego, el terapeuta le realiza *preguntas* para obtener el significado preciso de la simbolización. Se le expresa que esto es parecido a las sensaciones que le ocurren en el trabajo. La consultante afirma esta aseveración. Luego de hacer este ejercicio de focusing reporta sentir mareo.

Al conectarse con la sensación pesada temblorosa aparece pena. Se observa que la pena le es difícil de aceptar. Esta pena la relaciona con que, al realizar este ejercicio, se evoque en primera instancia la pena, es decir más tristeza. Se explora la observación negativa respecto de esta sensación. Emergen experiencias pasadas y de su infancia con esta misma sensación de pena. Y observa que esta sensación se repite en diferentes momentos de su vida. Actualmente la consultante relata que el sentimiento que le genera esta sensación es miedo.

La consultante menciona que tiene miedo de que esta sensación se mantenga y profundiza en compartir las situaciones cotidianas que se relacionan a este miedo.

A partir de ello, se indaga más en profundidad en su experiencia laboral actual, donde la consultante reporta miedo y tensión corporal en forma constante. En relación con este temor, menciona la posibilidad de no cumplir con las expectativas y cometer errores. En esta profundización, logra apreciar que el temor a equivocarse es bastante grande, por lo que se despliega el paso *terminar o recibir*, en donde el terapeuta en conjunto con la consultante

revisan la sesión, las cosas que han emergido producto de la aplicación de focusing y cómo seguirán trabajando en ello.

Tercera sesión. En la tercera sesión, se explora el trabajo de la sesión anterior, y la consultante reporta la sensación de vergüenza que sintió, pero también indica que al mismo tiempo le generó alivio que se pudiese conversar en profundidad sobre sus necesidades. La consultante sintió que su terapeuta la entiende. Menciona que fue positivo este alivio cuando fue capaz de soltar la vergüenza en la sesión anterior. Este alivio lo reporta como sin expectativas respecto a su desempeño en la psicoterapia. A continuación, se profundiza sobre este alivio y sobre la sensación de vergüenza, y al contactar con ello, la consultante menciona que destina bastante tiempo a pensar sobre qué piensan los otros de ella. Ella narra una situación donde experimentó esto: en una actividad extraprogramática intentó comunicar una situación de incomodidad que posiblemente ella había generado en otra persona. En este proceso ella descubre que transparentar sus emociones le genera alivio, alivio de sentir que no tiene todo resuelto, que no es perfecta y que se puede equivocar. Menciona también una situación concreta en el trabajo de bastante conflicto, donde no corresponde que ella este ahí. En esa ocasión ella le menciona esto a su jefatura, y le solicita que se haga cargo de esta conversación conflictiva porque a ella no le corresponde. Se le refleja que puso un límite. Relata que se sentía muy mal ese día, y que necesitaba decirlo. Además, agrega que ya no quiere sostener situaciones laborales que no le corresponden. Posterior a ello, la consultante descubre que le aparecen sentimientos de culpa por fijar límites. Asimismo, la rabia en su trabajo se transforma en pena por la situación que enfrenta con su jefatura.

El terapeuta le invita a hacer un ejercicio de focusing, para abrazar lo que le esté pasando. Se comienza por *despejar un espacio*, para conectarse con las sensaciones que surjan. A continuación se forma la *sensación sentida* y la consultante reporta que aparece la sensación de aceleración y de ansiedad. Al asignarle un nombre a la sensación, se produce el paso de *conseguir un asidero*. Luego el terapeuta realiza preguntas por estas sensaciones, y la consultante reporta que aparece la sensación de felicidad y eso le genera ansiedad. Consecuente con lo anterior, se desarrolla el paso de *resonar*, en donde el terapeuta le

consulta a la cliente por la sensación de estar contenta, de manera de generar un ajuste entre lo que siente y la simbolización, frente a lo que ella responde describiéndola como apertura y ser más receptiva y agrega que le genera temor sentir que lo que le sucede no tiene sentido. Con el propósito de obtener mayor claridad respecto de su experiencia interna, ya que aparecieron varias sensaciones, se explora los resultados de este ejercicio mediante el paso de *hacer preguntas* y a partir de ello la consultante descubre que el temor está asociado a su apreciación de imposibilidad respecto a que algo tan pequeño pueda aportarle bienestar a ella. Agrega que esta sensación contiene vergüenza, que esto le sucede en una etapa de su vida de adulto. Finalmente, se produce el paso de *terminar o recibir*, en donde se revisan en conjunto los hallazgos obtenidos en el trabajo terapéutico de esta sesión y mediante la aplicación de focusing.

Como se puede apreciar, en la primera sesión se exploró y profundizó en su motivo de consulta de manera de determinar lo que necesitaba resolver en este proceso terapéutico. En la segunda y tercera sesión, se pudo observar que se realizó la aplicación del método de focusing completo, en donde cada una de las fases aportaron al conocimiento de la sensación corporalmente sentida, y a un resultado en el sentido de la apertura que la consultante realiza para fijar límites y sentir la comprensión por parte del terapeuta respecto de como ella vive y desde dónde vive su experiencia.

Desde la cuarta a la octava sesión no se aplicó focusing como método específico, sin embargo se trabajó con diferentes sensaciones internas y corporales de la consultante. En la cuarta sesión, se trabajó en el sentimiento de pena, y se le invitó a realizar un ejercicio que permita que ella comunique al terapeuta lo que siente y a darle espacio a ello. Este ejercicio la conecta con una sensación antigua sobre la ausencia de algo valioso en ella para compartir. Luego el terapeuta la invita a afirmar lo difícil que es para ella la experiencia de compartir con otros. En la quinta sesión, se revisa el trabajo de la sesión previa, se trabaja en el sentimiento de rabia y la utilidad que éste le puede brindar en este proceso. En la sexta sesión, la consultante menciona avances respecto que las tareas son más livianas, puede informar cuando las cosas no puede efectuarlas en su trabajo. Se explora su sensación de sentirse

juzgada por su madre, se ahonda en ello y la consultante comparte experiencias de su infancia donde ella no generaba problemas, aunque sí sentía muchas cosas en su interior tales como fragilidad, falta de valoración, e incomodidad en los contextos sociales. En la séptima sesión, la consultante informa que está más tranquila con las cosas que le pasan. La emoción de enojo o rabia la observa como algo menos negativo que antes, se siente distinta. Siente que tiene más control de las situaciones y que cuando se ha enojado por situaciones, éstas mejoran. Cuando le da espacio a la rabia y la puede expresar, logra darse cuenta de que ella obtiene control. En esta sesión se busca ahondar en sus experiencias internas, para fortalecer el autoconocimiento de sí misma cuando se encuentra en el contexto laboral y familiar, de manera de validar y aceptar lo que ella vive y le sucede en estos contextos. En la octava sesión, se realiza un cierre del proceso terapéutico. La consultante relata que en su trabajo se ha sentido sobrepasada y ha sentido la necesidad de fijar límites más precisos y claros. En el contexto familiar, menciona que ha logrado comprender cómo es su mamá, cómo es su papa, y dejar de lado la expectativa de cómo ella desea que ellos se relacionen con ella. En este proceso terapéutico, se puede apreciar la realización del método completo de focusing y la aplicación de una fase del proceso en la primera mitad del proceso terapéutico. Esto junto a la orientación constante al focusing, permitió conseguir un cambio en la consultante, ya que logró fijar límites en su trabajo, y disminuir sus expectativas en su relación con sus padres.

En este proceso se encuentra como fue experimentando las sensaciones la consultante, en donde surgieron las cuatro fases del proceso de focalizar, referente directo, develación, aplicación global y movimiento del referente, las cuales muestran el proceso interior que vivenció la consultante, pasando desde la sensación de vulnerabilidad, miedo a equivocarse, pena y vergüenza, a poner límites en su trabajo y en su entorno familiar a aceptar la forma en que funcionan sus padres. Si bien desde la cuarta a la octava sesión no se aplicó focusing en la terapia, se continuó trabajando con las sensaciones e información obtenidas como resultado del uso del método, en donde se pudo observar como la consultante va experimentando los cambios en su interior. En este proceso terapéutico, podría mostrar que la aplicación inicial de focusing hubiera activado un movimiento interior de la persona que le podría haber favorecido continuar explorando y experimentando sus sensaciones en sesiones posteriores donde estuvo ausente la aplicación de focusing.

Consultante 3

En consideración a la aplicación de focusing, en la primera sesión, se aplicaron tres pasos de la técnica y una fase de su proceso. Respecto a los pasos empleados, se aplicó *despejar un espacio*, la *sensación sentida*, *conseguir un asidero*; y respecto de las fases del focusing, se generó referente directo, develación y la aplicación global. A continuación, se realiza una descripción del proceso terapéutico y el contacto con la experiencia interna de la consultante relacionados con su motivo de consulta.

Primera sesión. En la primera sesión, se buscó conocer la necesidad de la consultante respecto a este proceso terapéutico y en ese contexto lo que ella desea trabajar. Ante ello, la consultante refiere a una presión social, que incluye un momento familiar complejo. Relata que tiene pocos recuerdos de su vida, que suele olvidar. Frente a esto, la consultante comparte su deseo de recordar más, por lo que se busca profundizar en su experiencia interna respecto a no recordar ciertas cosas. Ahondando en esta experiencia, la consultante reporta como una figura familiar importante a su abuela, ya que ha sido una persona que ha interferido bastante alejándola de su madre en cuanto al vínculo afectivo.

Respecto a su relación con su abuela, relata la ausencia de libertad que ella sentía en ese vínculo. Al profundizar en esta experiencia interna, la consultante relata que desde los 4 años tenía claro la ausencia de libertad en su relación con la abuela. Ella destaca que en esta relación se siente en confianza pero que, por otro lado, no se siente libre. La conexión con la ausencia de libertad le da mucha pena. Con el propósito de explorar la ausencia de libertad, el terapeuta le invita a realizar un ejercicio de focusing. Se comienza por *despejar un espacio* para conectarse con la ausencia libertad, con la parte que no se siente libre y la terapeuta le consulta qué siente, cómo lo siente con sus sensaciones corporales. A continuación surge la formación de la *sensación sentida* y consecutivamente *conseguir un asidero* mediante la conexión con imágenes respecto de las cosas que afectan su libertad. La consultante narra qué cosas le generan pena y mucho miedo. Específicamente, ella reporta miedo de repetir conductas de su abuela y que eso interfiera en los vínculos y confianza que hoy tiene. Frente a eso la terapeuta le comenta sobre esta sensación de miedo de lidiar con todo esto. Se le consulta por la parte que está sintiendo más en ese momento, y la consultante menciona la

tristeza, en donde se *consigue un asidero*. La terapeuta le solicita que le de más espacio a lo que está sintiendo

La consultante interrumpe el ejercicio, y empieza a comentar detalles de su experiencia en relación a la tristeza. A partir de ello la consultante explica que la tristeza ya la ha vivenciado antes en su vida y ha sufrido por ello. Frente a eso la consultante reporta que no se conecta con la sensación de tristeza porque la exaspera, y agrega que ha llorado por otras cosas pero no recuerda si ha llorado por eso. Se siente triste cuando hace cosas en función de su historia, y esto lo relaciona con la culpa. La consultante se observa en ciertas situaciones pasadas y le aparece una mezcla entre tristeza y culpa. En relación a ello, comenta que le gustaría tener una evaluación de su estado actual, debido a que tiene miedo a desarrollar un cuadro depresivo. Relaciona esto con el contacto con su abuela, ya que ella en algunos momentos intenta comunicarse con ella, pero a raíz de ello, aparece la sensación de ausencia de libertad asociado con el intento de contacto que efectúa su abuela. Al continuar profundizando en esa experiencia, se descubren muchas cosas que realizó desde niña para tener una idea de familia y que no fueron tomados en cuenta. Sin embargo, la consultante señala sentirse en paz con ello.

Profundizando en su experiencia, se explora los sacrificios que ha hecho en su vida, y su manejo de la rabia y la pasividad en sus interacciones afectivas. La consultante agrega que siente que debería sentir interés por estar con alguien, desea conocer si existe un bloqueo en sí misma para estar en pareja.

Se le consulta por los temas trabajados en esta sesión, y se le pide que observe cuál es el tema más relevante para considerar en este proceso. Al respecto, se acuerda trabajar el proceso de conectarse con emociones más complejas en un espacio más seguro y más acompañado, para ir encontrando paz en ello. A su vez, agrega que, a partir de ello, puede conseguir mejorar la relación con su madre. Se le propone darle un lugar a la rabia como una de las emociones complejas, para contribuir a su bienestar. Se acuerda también focalizar en ello en el trabajo terapéutico que supone este proceso. Se le indica que luego de la sesión, revise con qué se queda, y cómo va sintiendo la interacción con su madre.

Desde la segunda a la octava sesión no se aplicó focusing. Sin embargo, se describen aspectos importantes de cada una. En la segunda sesión, la cliente relata la sensación de pérdida en el vínculo con su madre, se revisan experiencias de su infancia en su relación con su abuela, y aparece el temor a repetir conductas de su abuela. También aparece la sensación de pena por la desprotección de parte de su madre. A su vez, la consultante expresa que existe una falta de contención por parte de su madre respecto de las experiencias que sucedieron con su abuela en su infancia. En la tercera sesión, se explora la propensión de la consultante a compartir vivencias negativas de su vida, el temor de padecer tristeza elevada o depresión, y la pena la relaciona con el temor a la pérdida del cariño de otro. En la cuarta sesión, menciona un avance respecto a tener un orden en cuanto a los sucesos de su vida y eso le genera satisfacción. Describe su temor a quedar atrapada en emociones complejas, que puedan interferir en sus actividades cotidianas. En la quinta sesión, la consultante menciona que ha dedicado más tiempo a pensar en ella, y se comienza a trabajar la rabia. Reconoce que la rabia se transforma en pena, y esto lo relaciona con su vínculo actual con su madre. En la sexta sesión, la cliente reconoce que sus temores se relacionan con la evitación del dolor y de experiencias dolorosas. Por otro lado, se explora las cosas que ella quiere y su identidad. En consideración a esto último, ella desea aprender a ser ella y protegerse en diversos contextos. En la séptima sesión, se retoma la dificultad de recordar momentos en su vida, la sensación de sentirse invadida y con ausencia de libertad, se exploran sus temores, y aparece el miedo a sentirse atrapada por emociones complejas y surgen también temores tales como, miedo a confiar en los vínculos, y miedo al poder y autoridad de sus parejas sobre ella. En la octava sesión, menciona que en este proceso terapéutico logró tener más claridad sobre sus tensiones. Reconoce que tiene un modo automático para relacionarse, y que también, suele estar poco presente en las interacciones y, por otro lado, posee respuestas que le permiten defenderse. Se han despejado caminos para ella de trabajo en ella misma. La consultante menciona que se sintió escuchada y entendida en este proceso terapéutico.

En esta psicoterapia, se presentan integradas tres fases del proceso de focusing respecto del contacto con la experiencia interior de la consultante, que son el referente directo, develación y aplicación global. En este sentido, el conectar con las sensaciones de ausencia de libertad, conectó a la consultante con el miedo y la pena, que le genera repetir

las conductas de su abuela y con eso afectar sus vínculos. Durante el desarrollo del ejercicio de focusing, también aparece la tristeza y al intentar darle espacio a esta emoción, la consultante interrumpe el ejercicio y le manifiesta a la terapeuta su miedo a desarrollar un cuadro depresivo, y relaciona su tristeza con experiencias en su infancia.

En esta sección se presentó la descripción del proceso terapéutico orientado al focusing y del modo y momento de uso de focusing como método específico en psicoterapia en las tres consultantes estudiadas. Se observa que los terapeutas aplicaron focusing con mayor énfasis en la primera mitad del proceso terapéutico, sin embargo mantuvieron una atención significativa en las sensaciones internas de las consultantes y en la experiencia corporal de ellas a lo largo del proceso, esto condujo a un resultado positivo en las consultantes. Así también, se evidencia una sintonía y acompañamiento de los terapeutas hacia las consultantes durante el ejercicio y el proceso. Las consultantes, mostraron apertura e interés por explorar su experiencia interna propuesta por este enfoque orientado al focusing, aceptando realizar los ejercicios y el contacto con sus experiencias internas y corporales.

La aplicación de focusing realizada principalmente en la primera mitad del proceso en cada consultante, pudo aportar en la profundización de su experiencia interna, facilitar el trabajo con temáticas relacionadas a las necesidades planteadas por ellas, y descubrir aspectos del problema y de sí mismas que favorecieron el avance en sus procesos.

Las consultantes, gracias a la orientación al focusing de estos procesos terapéuticos, pudieron contactar con su experiencia interna, trabajarla en el espacio terapéutico y abrirse a permitir que sus necesidades emocionales producto de este contacto pudieran ser escuchadas y atendidas por su terapeuta.

Dentro de las problemáticas que presentaban estas consultantes al inicio de su psicoterapia se encuentran la dificultad para relacionarse con los otros y la tensión o desconfianza asociada al enfrentar situaciones sociales generales o cercanas en el caso de la consultante 1, la dificultad para poner límites en la consultante 2 y la preocupación por mejorar sus vínculos en la consultante 3. Para estos tres casos, la aplicación de focusing en la psicoterapia fue diferente en cuanto a modo y momento para las tres consultantes; en el caso de la cliente 2 y 3, se aplicó focusing al inicio del proceso terapéutico y en el caso de la

consultante 1 se aplico al inicio, a la mitad y al final del proceso terapeutico. Pese a esta variación en cuanto a la aplicación del método, una orientación al focusing constante facilitó el contacto y profundización en sus experiencia interna y favoreció la construcción de un vinculo entre consultante y terapeuta en donde las necesidades emocionales de las clientes pudieron ser atendidas.

En relación con lo expuesto, se puede señalar que la información entregada en el análisis de los diferentes casos en estudio constituye evidencia a favor de la hipótesis específica número 2 que señala que el focusing tiende a presentar mejores resultados cuando es aplicado en las primeras sesiones de psicoterapia, como es el caso de esta investigación, en donde el momento de aplicación de focusing aparece en la primera mitad del proceso terapéutico para las tres consultantes.

- **Objetivo 3:** Relacionar el desarrollo de las variables de proceso (alianza terapéutica, empatía percibida y nivel experiencial) con el modo y momento de aplicación del focusing en psicoterapia.

Para evaluar la relación de las variables de proceso con el modo y momento de aplicación del focusing se realizó una contrastación descriptiva por cada consultante del cruce de la medición de las variables de proceso terapéutico y el uso del focusing como método específico. Esta contrastación se muestra en los siguientes gráficos que permiten visualizar similitudes y diferencias entre los casos y las sesiones de psicoterapia.

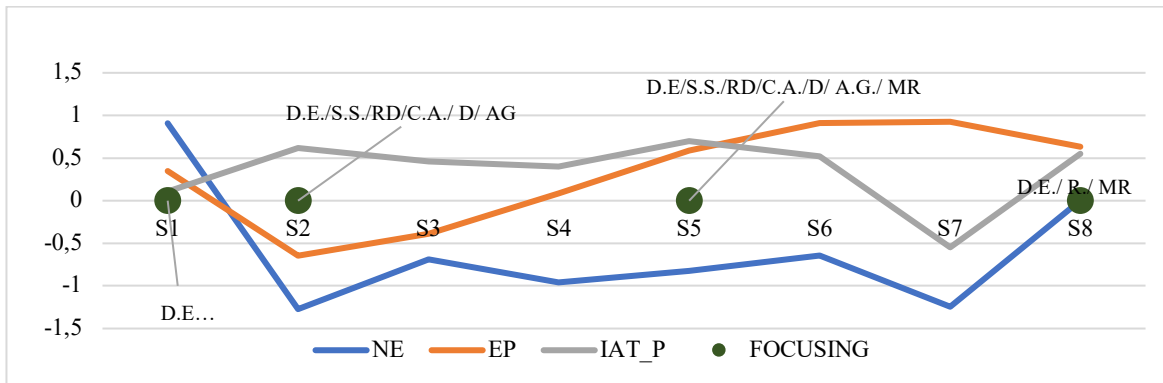
Consultante 1

En el gráfico 1 se puede observar que el uso de focusing se desarrolló en las sesiones 1 y 2, el modo de uso del método, involucró tres pasos del método (*despejar un espacio, sensación sentida y conseguir un asidero*) y tres pasos de su proceso (referente directo, develación y aplicación global); en la sesión 5 se realizó la aplicación completa del metodo

y proceso de focusing, y en la sesión 8 se realizaron tres pasos del método (despejar un espacio, recibir y movimiento del referente)

Se observa una oscilación más variable para el NE y la AT, pues fluctúan en un sentido positivo y negativo a través de toda la terapia, en tanto que la EP sigue una tendencia a ir en aumento durante todo el proceso. Es interesante que el NE y la AT tienden a covariar a partir de la 3ª sesión, lo cual se vuelve más notable al final de la terapia, en las sesiones 6, 7 y 8. Ahora bien, no es posible evidenciar un patrón de covariación entre alguna de estas variables y el modo o momento de implementación del focusing.

Gráfico 1. Variables de proceso terapéutico e implementación de focusing en consultante 1



Nota:

Las puntuaciones de todas las variables han sido transformadas a puntaje z para homogeneizar su representación en el gráfico

S1: sesión 1; S2: sesión 2; S3: sesión 3; S4: sesión 4; S5: sesión 5; S6: sesión 6; S7: sesión 7; S8: sesión 8

NE: nivel experiencial; EP: empatía percibida; IAT_P: alianza terapéutica formato paciente

Pasos método focusing: DE: Despejar un espacio; SS: Sensación sentida; CA: Conseguir un asidero; RE: resonar; P: preguntar; R: Recibir.

Proceso focusing: RD: Referente directo; D: Develación; AG: Aplicación global; MR: Movimiento del referente.

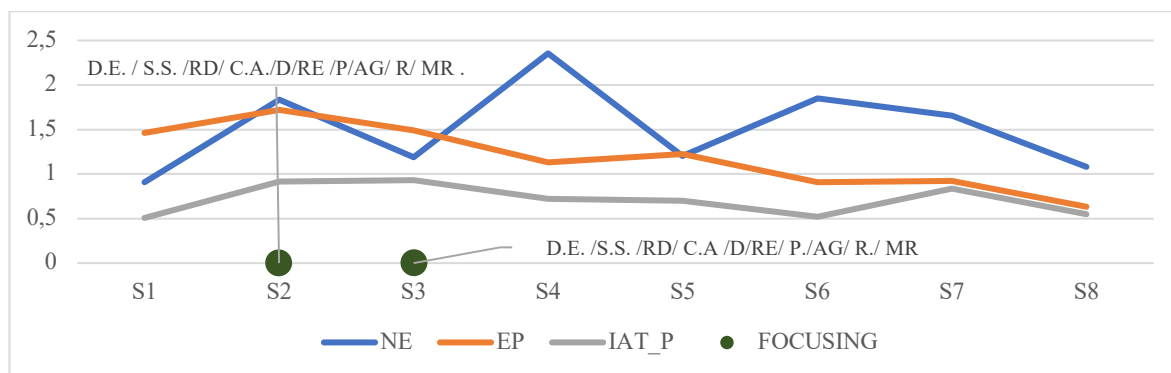
Consultante 2

En el gráfico 2 se evidencia que el momento de aplicación de focusing para la consultante número 2 se realizó en la segunda y tercera sesión, y el modo de uso del método y proceso fue completo.

Se presenta una covariación de las variables AT y EP de manera positiva y negativa a lo largo de las sesiones del proceso terapéutico, y desde las sesiones 6, 7 y 8 se aprecia más cerca esta oscilación y en conjunto con la variación de la variable NE. En el caso de la NE, muestra un ascenso importante en la cuarta sesión.

En relación el modo y momento de uso de focusing, no es posible evidenciar una relación entre éste y la variación de las variables de proceso terapéutico. Solo es posible describir una variación de AT, EP y NE en conjunto con modo y momento de uso de focusing en la sesión número dos.

Gráfico 2. Variables de proceso terapéutico e implementación de focusing en consultante 2



Nota:

Las puntuaciones de todas las variables han sido transformadas a puntaje z para homogeneizar su representación en el gráfico

S1: sesión 1; S2: sesión 2; S3: sesión 3; S4: sesión 4; S5: sesión 5; S6: sesión 6; S7: sesión 7; S8: sesión 8

NE: nivel experiencial; EP: empatía percibida; IAT_P: alianza terapéutica formato paciente

Pasos método focusing: DE: Despejar un espacio; SS: Sensación sentida; CA: Conseguir un asidero; RE: resonar; P: preguntar; R: Recibir.

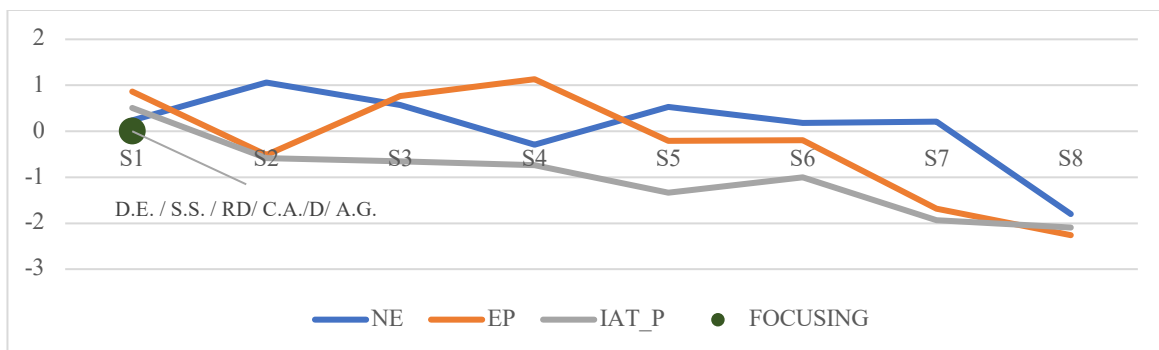
Proceso focusing: RD: Referente directo; D: Develación; AG: Aplicación global; MR: Movimiento del referente.

Consultante 3

En este gráfico, se muestra que el momento de uso de focusing en el proceso terapéutico de la tercera consultante tiene lugar en la primera sesión, y el modo de uso del método contiene tres pasos del método (despejar un espacio, sensación sentida y conseguir un asidero) y tres pasos de su proceso (referente directo, develación y aplicación global).

Se puede apreciar una covariación de las variables de proceso terapéutico de modo positivo y negativo desde la sesión 5 en adelante. También se puede observar que la NE asciende de manera considerable en la sesión 2 y la EP muestra un aumento en la sesión 4, en comparación con las demás sesiones. Por otro lado no es posible detectar un patrón relacional entre la oscilación de las variables y el modo y momento de uso de focusing.

Gráfico 3: Variables de proceso terapéutico e implementación de focusing en consultante 3



Nota:

Las puntuaciones de todas las variables han sido transformadas a puntaje z para homogeneizar su representación en el gráfico

S1: sesión 1; S2: sesión 2; S3: sesión 3; S4: sesión 4; S5: sesión 5; S6: sesión 6; S7: sesión 7; S8: sesión 8

NE: nivel experiencial; EP: empatía percibida; IAT_P: alianza terapéutica formato paciente

Pasos método focusing: DE: Despejar un espacio; SS: Sensación sentida; CA: Conseguir un asidero; RE: resonar; P: preguntar; R: Recibir.

Proceso focusing: RD: Referente directo; D: Develación; AG: Aplicación global; MR: Movimiento del referente.

En esta sección se presentó una contrastación descriptiva para conocer la relación entre el modo y momento de uso de focusing y la aparición de las variables de proceso. En cuanto a los resultados, se puede inferir que es difícil determinar una relación entre el uso de focusing y las variación de las variables de proceso terapéutico, dado que no se presenta una relación clara en forma constante. Solo es posible reconocer la coincidencia entre el modo y momento de uso de focusing y la variación positiva de las variables de proceso terapéutico como fue el caso de la sesión 2 para la consultante 2. Aun así, no constituye un hecho sustantivo para informar un patrón relacional ente focusing y variables de proceso. Estos hallazgos aportan evidencia en contra de la hipótesis respecto de que el uso de focusing contribuye en forma positiva al despliegue de las variables de proceso terapéutico en psicoterapia. Y abre la pregunta respecto del proceso terapéutico orientado al focusing, en que no necesariamente el uso del método específico puede contribuir a la variación positiva de las variables de proceso consideradas en este estudio, si no también una constante preocupación por lo experiencial y las sensaciones internas y corporales de las consultantes.

- **Objetivo 4:** Determinar cómo el modo y momento de implementación del focusing facilita el resultado terapéutico.

Para el logro de este objetivo, se realizó una contrastación entre los resultados del OQ-45.2 de la sesión 1 y sesión 8, por cada participante, en conjunto con los hallazgos respecto del modo y momento de uso de focusing a lo largo de las 8 sesiones de duración del proceso terapéutico, de manera de detectar el cambio en psicoterapia. Con esta contrastación, se pudo conocer si la aplicación de focusing en la primera mitad o segunda mitad de las psicoterapias contribuye a un resultado terapéutico. A su vez, esta contrastación permitió evidenciar si el modo de uso de focusing favorece el resultado en psicoterapia y, por otro lado, permitió conocer las similitudes y diferencias respecto al resultado entre los casos.

La psicoterapia orientada al focusing pudo facilitar el desarrollo de los procesos terapéuticos de las consultantes, favoreciendo en cada sesión que las consultantes pudieran acceder a su experiencia interna mediante la conexión con sus sensaciones corporalmente sentidas, y por otro lado, abrirse en un espacio nuevo donde sus necesidades emocionales puedan ser comprendidas, escuchadas y atendidas. Por lo que la aplicación de este método en psicoterapia, condujo a un contacto interior en cada consultante, pudiendo realizar un cambio en como y desde donde viven sus experiencias. En este proceso terapéutico, el apoyo constante del terapeuta en estas 8 sesiones de psicoterapia, tanto para dirigir y atender el experiencing de cada consultante, para aplicar el método de focusing, aunque haya sido de forma completa o algunos pasos, mostró la preocupación del terapeuta por el proceso experiencial que vivenciaban las consultantes.

Se puede apreciar, que el modo y momento de uso de focusing se llevó a cabo en mayor medida en la primera mitad del proceso terapéutico para las tres consultantes. Se puede interpretar que la administración de focusing en la primera mitad del proceso pudiera estar relacionada con un cambio terapéutico, ya que las tres consultantes experimentaron un cambio en sus resultados en el OQ-45.2, al comparar sus puntajes entre la primera y octava sesión. En la octava sesión se aprecian una reducción de sus puntajes en comparación con la sesión 1. Adicionalmente, los puntajes de la sesión 8, se sitúan por debajo del PC de OQ-45.2.

En la consultante número 1, se puede observar que también se realizó focusing en la sesión 5 y en la octava, a diferencia de los procesos terapéuticos de las dos consultantes restantes en donde solo se administró focusing en la primera mitad del proceso terapéutico. Si bien en la consultante número 1 no se puede ver un resultado superior al índice de cambio confiable de OQ-45.2, sí se observa en la octava sesión una reducción de su puntaje del instrumento, por lo que se podría concluir que la administración de focusing en la sesión 5 y 8 pudieran haber contribuido al resultado también.

Respecto al modo de administración de focusing, se observa que, en la primera y segunda sesión aplicaron los siguientes pasos, *despejar un espacio, sensación sentida, conseguir un asidero, referente directo, develación y aplicación global*; en la quinta sesión

se aplicó los pasos de *despejar un espacio, sensación sentida, referente directo, conseguir un asidero, develación, aplicación global y movimiento del referente*. Se podría señalar que este modo de aplicación de focusing puede contribuir a profundizar en el contacto con la experiencia, para sesiones siguientes poder revisar los hallazgos encontrados y trabajarlos. En la octava sesión, se aplica *despejar un espacio, recibir y movimiento del referente*. En esta sesión, aparece un concepto que reunió el trabajo terapéutico realizado en las 8 sesiones, que fue aceptación. Esto muestra que el modo de uso de focusing administrado a esta consultante, permitió conseguir un movimiento del referente, desde la sensación de incomodidad, hacia la sensación de aceptación. En este caso, se puede observar que el modo de uso de focusing, si bien implicó buenos resultados, en la primera mitad de la psicoterapia se desarrolló sin incluir todos los pasos.

Se puede observar en la consultante número 2, quien obtuvo un mayor índice de cambio, que trabajó con el método de focusing en las sesiones 2 y 3, considerando los pasos: *despejar un espacio, sensación sentida, conseguir un asidero, resonar, preguntar, y recibir*. Estos pasos pudieran estar relacionados con generar un movimiento del referente y contribuir a un resultado en psicoterapia. En este caso, aplicar focusing en la segunda y tercera sesión incluyendo todos sus pasos, permitió trabajar en los descubrimientos en siguientes sesiones. El modo de uso de focusing que recibió la consultante, le permitió profundizar en su experiencia interna y contactarse con ella, lo cual contribuyó en conseguir un mayor resultado. En este sentido, se puede apreciar que la psicoterapia orientada al focusing y la conducción del terapeuta en ello, favoreció el trabajo terapéutico a lo largo de todas las sesiones de trabajo, en donde esta consultante pudo conectarse consigo misma y compartir lo que estaba experimentando en cada momento.

En la consultante 3, se administró focusing sólo en la primera sesión. En este caso, este momento contribuyó a direccionar la exploración y profundización en el contacto con sus experiencias internas relacionadas a su motivo de consulta. Lo que podría explicar su cambio en los resultados del OQ-45. El modo de uso de focusing que se aplicó en la consultante, implicó los pasos: *despejar un espacio, sensación sentida, conseguir un asidero, referente directo, develación y aplicación global*. Este modo de administración de la técnica

le permitió contactarse con su vivencia interna actual y con sus experiencias pasadas relacionadas, lo cual contribuyó al trabajo terapéutico en sesiones posteriores. Esto muestra el aporte de la psicoterapia orientada al focusing, en donde se atendió el proceso experiencial que vivenciaba la consultante para guiarla en el contacto con su experiencia interna en un espacio protegido como es el contexto terapéutico. La terapeuta a cargo de su psicoterapia mostró constantemente que comprendía sus sensaciones y experiencias, y la animó a mantener este contacto en sesiones posteriores.

En cuanto al modo de implementación de focusing en psicoterapia, las etapas comúnmente abordadas son *despejar un espacio, formación de la sensación sentida, conseguir un asidero, referente directo, develación y la aplicación global*. Y, por último, en el caso de la consultante 2, que es donde existe mayor sintomatología clínica al momento de ingresar a terapia, es donde ocurre el mayor nivel de cambio al término de la psicoterapia y donde el modo de uso de focusing es más completo.

Estos resultados nos ayudan a reflexionar sobre las hipótesis propuestas en esta investigación, en donde estos resultados muestran evidencia a favor de la hipótesis general con respecto a que la aplicación de psicoterapia orientada al focusing en un formato breve contribuye a un mejor resultado terapéutico en consultantes con baja cercanía interpersonal. Asimismo, estos hallazgos aportan información que apoya a la hipótesis específica número 2 respecto de la aplicación de focusing en la primera mitad del proceso terapéutico puede contribuir a un mejor resultado, junto con la hipótesis específica número 3 que señala que la aplicación de focusing aporta a la profundización con el contacto con la experiencia interna, lo que favorece el cambio en psicoterapia en consultantes con baja cercanía interpersonal. Sin embargo, no es posible afirmar la hipótesis respecto de que la aplicación de psicoterapia orientada al focusing contribuye en forma positiva al despliegue de las variables de proceso terapéutico, puesto que no se evidenció un patrón relacional entre el modo y momento de uso de focusing y la variación de estas variables a lo largo de la psicoterapia.

Por otro lado, se observó una adecuada disposición de las consultantes para participar de este estudio y del proceso terapéutico, asistiendo a todas las sesiones y realizando las

actividades terapéuticas. Este aspecto también podría haber contribuido al resultado de la psicoterapia.

DISCUSIÓN

Este estudio tiene como propósito caracterizar el uso del focusing y su contribución en el proceso y resultado terapéuticos en consultantes con baja cercanía interpersonal. En relación a ello, se discutirán los resultados obtenidos de manera de describir los aportes de focusing en el proceso y en el resultado, su relación con las variables de proceso consideradas en este estudio y paralelamente poder contrastar los hallazgos encontrados y lo que informa la literatura.

Es importante señalar en primer lugar que los instrumentos utilizados en la investigación, tanto aquellos para pesquisar las variables de proceso terapéutico y el resultado, así como aquellos utilizados para evaluar el modo y momento de aplicación del focusing presentaron niveles de confiabilidad adecuados que permiten en esta sección profundizar en el análisis y establecer un diálogo con trabajos de investigación relevantes en el campo de la psicoterapia experiencial.

En relación al objetivo número 1, que pretendió describir a través de las sesiones las variables del proceso y del resultado terapéutico, los hallazgos mostraron que la AT y EP denotan una variación permanente a lo largo de la psicoterapia y que los niveles de NE mostraron que existió una profundización en el contacto con la experiencia interna por parte de los consultantes; y en cuanto al resultado terapéutico, se observó un cambio en las consultantes respecto de sus puntajes al inicio y al finalizar la 8 sesiones de psicoterapia, en donde destaca el cambio obtenido por la consultante 2, en comparación con las otras dos consultantes. Esto podría evidenciar que la oscilación de las variables de proceso en el desarrollo de la psicoterapia contribuyó de alguna manera a la relación entre terapeuta y consultante, lo cual favorece el cambio en psicoterapia. Como se desarrolló en el marco teórico, las variables de proceso han sido descritas como aspectos fundamentales del proceso terapéutico. En especial la alianza terapéutica (AT), la empatía percibida (EP) y el nivel experiencial (NE) se han instalado en el campo de la psicoterapia, y más específicamente en psicoterapia experiencial, como variables esenciales para llevar adelante un trabajo terapéutico exitoso. Esto es consistente con la evidencia presentada que indica la enorme

importancia de estas variables en promover cambios y desarrollo de los objetivos terapéuticos (Corbella y Botella, 2003; Santibáñez, 2003; Falkenstrom et al., 2013; Mateu et al., 2010; Gimeno et al., 2015; Goldman, 1997; Pos et al., 2003; Gendlin et al., 1968; Hendricks, 2001; Goldman et al., 2005).

En relación a la alianza terapéutica, en esta investigación, se observó que en los tres procesos terapéuticos analizados esta variable osciló a lo largo de la psicoterapia, no produciéndose abandono, lo cual coincide con lo señalado por los autores Corbella y Botella (2003) respecto de la relación positiva entre presencia de AT y ausencia de abandono en psicoterapia; así como También que niveles importantes de AT en las primeras sesiones contribuyen a construir un vínculo seguro, tal como se observó en este estudio. Estos investigadores también ilustraron que la alianza terapéutica contribuye a generar una relación entre terapeuta y consultante, lo cual resulta positivo en el trabajo con consultantes que presentan dificultades para generar un contacto interpersonal y afectivo con una persona nueva, como es el caso de la muestra de este estudio (Corbella y Botella, 2003). Estos resultados se alinean con lo observado en esta investigación, ya que las tres consultantes presentaban baja cercanía interpersonal, sin embargo, presentaron adherencia al proceso terapéutico.

En consideración a la empatía percibida, como observan diversos autores, puede contribuir a la relación interpersonal entre terapeuta y consultante dado que genera que el consultante pueda sentirse comprendido por su terapeuta, aun en procesos terapéuticos breves que contemplen entre 5 a 14 sesiones de psicoterapia, como es el caso de este estudio que consideró 8 sesiones (Gimeno et al., 2015; Degeorge, 2008; Burns & Nolen, 1992; Watson et al., 2014).

Es interesante destacar que las medias de los puntajes de ambas variables, tanto la alianza terapéutica como la empatía percibida, se expresan en valores cercanos al puntaje máximo del instrumento. Además, ambas variables variaron en el proceso terapéutico en forma permanente a lo largo de las 8 sesiones de psicoterapia.

Respecto al avance y trabajo en conjunto que puedan realizar la AT y la EP para contribuir al proceso terapéutico, los resultados de esta investigación indican que en la

consultante que presentó un mayor nivel de cambio terapéutico ambas variables covarían a lo largo de la psicoterapia. Respecto a las otras dos consultantes que presentaron un menor nivel de cambio, se aprecia una oscilación positiva y negativa de estas variables en su conjunto en algunas sesiones y no en las 8 sesiones del proceso terapéutico. Este hallazgo coincide con lo mencionado en la literatura respecto de considerar la AT y la EP como factores comunes del proceso terapéutico y relacionadas significativamente con el resultado en psicoterapia (Wampold, 2001).

En cuanto al nivel experiencial, se podría inferir que el uso del método terapéutico aporta a mostrar mayores niveles experienciales en sesiones posteriores. Es interesante mencionar que los niveles experienciales promedio, evaluados con la escala experiencial, se sitúan entre valores 4 y 5, lo cual muestra que los consultantes lograron profundizar en el contacto con su vivencia interna con la psicoterapia orientada al focusing. Esto puede indicar que el focusing puede ser un enfoque terapéutico que aporte a los consultantes con baja cercanía interpersonal a acceder al contacto con su vivencia interna, pudiendo conectarse con sus sensaciones corporalmente sentidas. Esto sucedió en las tres consultantes que participaron de este estudio, cuyos resultados positivos alcanzados en términos globales condujeron a vincularse consigo mismas, con cómo ellas viven sus experiencias, con sus necesidades y con lo que les aportó el proceso terapéutico. En este sentido, se pudo apreciar un cambio en sus sensaciones corporalmente sentidas y un resultado positivo. Esto está en línea con los hallazgos respecto de las variables de proceso terapéutico y su relación con el resultado en psicoterapia (Corbella y Botella, 2003; Santibáñez, 2003; Falkenstrom et al., 2013; Mateu et al., 2010; Gimeno et al., 2015; Goldman, 1997; Pos et al., 2003; Gendlin et al., 1968; Hendricks, 2001; Goldman et al., 2005).

En consideración al objetivo número 2, respecto de identificar el modo y momento de implementación de focusing a través de las sesiones de psicoterapia se pudo apreciar que el modo de uso de focusing incluía los pasos tales como de despejar un espacio, formación de la sensación sentida, conseguir un asidero y las fases de referente directo, develación y la aplicación global para el caso de las consultantes 1 y 3 en la primera mitad del proceso terapéutico, y para el caso de la consultante 2 contempló la aplicación de todos los pasos del

método y fases de focusing. Y el momento de aplicación de focusing en psicoterapia fue mayormente en la primera mitad de psicoterapia para las tres consultantes, excepto la consultante 1 que también incluyó la implementación de focusing en la 5ª y 8ª sesión. Cabe señalar que en el caso de esta cliente, en la 5ª sesión se desarrolló una aplicación completa del método, y luego en la 8ª sesión se desarrollaron los últimos pasos de focusing. Este modo y momento de uso de focusing contribuyó a un resultado positivo en las tres consultantes y, además, facilitó el desarrollo de una relación terapéutica, y de que las consultantes pudieran expresar lo que sentían en su cuerpo respecto al contacto con las experiencias internas, profundizar en ellas, y escuchar la respuesta y guía del terapeuta en relación a estas sensaciones y el contenido que iba surgiendo en la sesión de psicoterapia. También pudiera ser que cuando la aplicación del focusing se realiza en la primera mitad del proceso terapéutico breve pudiera contribuir en el desarrollo del vínculo de confianza con el terapeuta y en la conexión con sus vivencias internas, para el caso de consultantes con baja cercanía interpersonal. Este hallazgo aporta evidencia a favor de la hipótesis 2 y 3.

En relación con el modo y momento de aplicación de focusing, en esta investigación este método se aplicó en mayor medida en la primera mitad del proceso terapéutico. Este momento de aplicación, aparece en este estudio relacionado a un resultado positivo. Según varios autores el modo y momento de aplicación que ofrece el focusing es flexible, hallazgo que coincide con lo observado en esta investigación (Leijssen, 2007; McGuire – Bouwman, 2010; Coffeng, 2003; Joo, 2011), ya que en cada consultante varió el modo y momento de realización de esta técnica, sin embargo, todas consiguieron un buen resultado.

Respecto al momento de uso de focusing en las primeras sesiones de psicoterapia, cabe preguntarse en relación a un modo o estilo de terapia que se observa al inicio, que apunta a referirse a las situaciones de trabajo en terapia desde una perspectiva corporal u organísmica, la cual deja tempranamente una huella en la terapia que pudiera facilitar el trabajo terapéutico posterior. En el caso de la consultante 1, el focusing se aplicó en distintos momentos de la psicoterapia, al inicio, a la mitad y al final, y también se alcanza un resultado terapéutico. Pudiera ser que esto este más relacionado con un estilo terapéutico en el cual ciertos terapeutas utilizan más el focusing como método completo. Esto porque en la

aplicación transversal del método en esta psicoterapia, muestra que de esta manera se realizó el método en forma completa. En relación a ello, en esta cliente en la 5ª sesión este método pudo administrarse en forma completa. Esto podría deberse a que la huella en el proceso interno que vivencia en la terapia la persona haya facilitado el acceso completo a la experiencia interna mediante la aplicación completa de focusing en la 5ª sesión. Y esta implementación completa de focusing en la 5ª sesión, pudo haber dejado otra huella interior en la consultante que facilitó el movimiento del referente en la 8ª sesión.

A lo largo de todo el proceso terapéutico un aspecto fundamental fue la atención permanente y dedicada del terapeuta hacia la corporalidad del consultante esto se presenció en todas las sesiones independiente si estuvo presente o ausente la aplicación de focusing. Esta orientación del cuerpo puede haber sido muy importante en los resultados positivos que mostraron estas clientes. Esta relevancia radica en que el terapeuta atendió constantemente las sensaciones que iban surgiendo en la consultante, tanto las que se generaban en el focusing como aquellas que surgían en sesiones posteriores, validando y aceptando lo que cada consultante experimentaba, aunque la misma cliente juzgara sus propias sensaciones, significados y su personalidad. Asimismo, frente a este juicio, se apreció que los terapeutas mostraban la importancia de estas sensaciones a las consultantes contribuyendo a un cambio de foco donde las consultantes retornaban a enfocar su atención a las sensaciones valorándolas como tal.

En cuanto al objetivo 3 que indicaba relacionar el desarrollo de las variables de proceso con el modo y momento de uso de focusing, se pudo apreciar para las tres consultantes que no se observa un patrón relacional entre la oscilación de las variables y el modo y momento de uso de focusing, por lo que este hallazgo aportaría evidencia en contra de la hipótesis respecto de la aplicación de psicoterapia orientada al focusing contribuye en forma positiva al despliegue de las variables de proceso terapéutico. Esto podría indicar que tanto focusing como las variables de proceso pudieran funcionar por separado contribuyendo al cambio en consultantes.

Respecto al objetivo 4, el cual pretendía determinar como el modo y momento de implementación del focusing facilita el resultado terapéutico, se pudo observar que la

implementación de este método en las primeras sesiones de psicoterapia aporta a conseguir un mejor resultado y esto sucedió en las tres consultantes que participaron de este estudio. Este hallazgo, da a conocer evidencia en favor de la hipótesis 2 que perseguía observar si el focusing en psicoterapia tiende a presentar mejores resultados si es aplicado en las primeras sesiones.

En consideración al resultado obtenido en la psicoterapia administrada a las tres consultantes, se aprecia que la escala OQ-45.2 es un instrumento confiable. Se observa una diferencia considerable en sus medias entre la primera y octava sesión, lo que muestra la consecución de un resultado al finalizar el proceso para las tres consultantes. Luego de revisar los puntajes con los cuales ingresaron las consultantes al proceso terapéutico, se observó que dos de ellas mostraron un puntaje inferior al puntaje de corte ($PC=73$), por lo que ingresan con un nivel de bienestar relacionado a una población funcional, no así la consultante número dos quien ingresa con un puntaje de corte superior al valor esperado, lo que se asocia con presencia de *discomfort* en su vida de acuerdo con la escala. Sin embargo, es esta consultante quien consigue un mayor resultado, ya que el índice de cambio confiable muestra que alcanzó una mejora significativa.

Este hallazgo, indica que el método de focusing, utilizado con las tres consultantes, puede apoyar a un resultado terapéutico favorable, incluso en la consultante con un puntaje de corte mayor a lo esperado, es decir, en este estudio se está evidenciando que el uso del focusing se acompaña de un resultado favorable para la psicoterapia en consultantes con baja cercanía interpersonal, sea que provengan de una población general (es decir, clínicamente funcional), o de una población clínica. Esto está en línea con lo mencionado por estudios en donde se ha aplicado este método en consultantes con trastornos por estrés postraumático, en personas que presentan problemas familiares, en personas que padecen trastorno de ansiedad y/o en individuos que padecen temores y experiencias pasadas dolorosas (Leijnnen, 2007; McGuire – Bouwman, 2010; Coffeng, 2003; Joo, 2011; Iberg, 2013). Por otro lado, esta técnica muestra efectividad tanto en consultantes con baja cercanía interpersonal, mostrando la fuerza del focusing en el proceso terapéutico.

No obstante, las tres consultantes alcanzaron un cambio en distintos niveles y con una variación en cuanto a la aplicación de la técnica. Esto coincide con lo planteado por Gendlin, quien sugiere que este método permite profundizar en el contacto con la experiencia interna, lo cual contribuye a conocer cómo vive y desde dónde vivencian su experiencia el consultante y, por otro lado, permite contactar con las sensaciones sentidas en el cuerpo, para que luego la persona le brinde significados, símbolos y/o sentimientos a esta sensación, generando un ajuste entre la sensación y estos. En ese momento es cuando el cuerpo muestra que se genera un cambio (Gendlin, 1969/1999).

A lo largo de este estudio se observó que el modo de aplicación de focusing y los momentos en que se administró la técnica, contribuyeron a que cada una de las consultantes se permitieran conocer y aceptar una parte de este conocimiento de sí mismas. Esto se vio reflejado en el cambio de las sensaciones a lo largo del proceso terapéutico, en donde emergieron otras sensaciones, símbolos y experiencias que posibilitaron ampliar este conocimiento de sí mismas, y comenzar a aceptar ese conocimiento. Cada una de las tres consultantes, pudieron explorar su experiencia interna y contactarse con ella desde un espacio donde podían permitirse sentir quienes ellas son, disminuyendo la crítica o juicio hacia sí mismas, y ampliando su flexibilidad para mirarse, mirar lo que están viviendo, cómo lo están viviendo y cómo lo han vivido.

Esta investigación destaca la utilidad clínica del focusing, como una herramienta que permite a los consultantes con baja cercanía interpersonal, ahondar en su experiencia interna, independiente del modo de aplicación, profundizando el contacto consigo mismas y con su terapeuta. Esto coincide con el propósito de Gendlin, quien en la década del 70' crea esta técnica para facilitar a los consultantes el contacto con su experiencia interna de manera de adquirir un mayor nivel experiencial (Gendlin, 1969; Gendlin, 1973; Jaison, 2014), observación que está en línea con los resultados de este estudio en que consultantes con baja cercanía interpersonal consiguen efectivamente profundizar en el contacto con su experiencia.

Considerando los resultados obtenidos, resultaría importante indagar en una futura investigación respecto de otras variables que estuvieron involucradas en esta investigación

no consideradas en este estudio, tales como las habilidades de los terapeutas, la conversación en proceso y la escucha activa por parte del terapeuta.

Sería interesante ampliar el trabajo de esta investigación considerando un mayor número de sesiones, y administrar los instrumentos para las variables de proceso solo en las sesiones donde se uso la técnica de focusing. Esto podría contribuir a observar si existe un patrón relacional entre el uso de focusing y las variables de proceso. También, se podría considerar en futuras investigaciones muestras con mayor número de participantes con baja cercanía interpersonal y el uso de la técnica en algunas sesiones de psicoterapia de la segunda mitad del proceso terapéutico. Integrar estos aspectos en futuros estudios permitiría conocer la relación entre el uso de la técnica en la segunda mitad del proceso y el resultado en los consultantes.

CONCLUSION

La presente investigación entrega evidencia sobre cómo una psicoterapia breve orientada al focusing puede conseguir un mejor resultado en consultantes con baja cercanía interpersonal. Los consultantes con baja cercanía interpersonal suelen presentar dificultades para contactar con su experiencia interna y para construir relaciones interpersonales. Al respecto esta investigación muestra que la psicoterapia orientada al focusing puede contribuir a que los consultantes puedan acceder a su vivencia interior, profundizar en estas experiencias internas, y a partir de ello conseguir un resultado en psicoterapia. En este enfoque terapéutico, se integra el vínculo con el cuerpo y con sentir las sensaciones corporalmente sentidas, y eso pasa a ser el inicio del trabajo terapéutico en donde los conceptos, simbolizaciones e imágenes se desarrollan posteriormente. Es por ello que esta orientación terapéutica favorece el acceso a las vivencias internas de la persona, ya que el punto de inicio es sentir el cuerpo.

En este estudio los consultantes con baja cercanía interpersonal presentaban dificultades para establecer una relación con una persona nueva y generar un vínculo de confianza, sin embargo, se constató que el uso del focusing en psicoterapia puede aportar a la construcción de esta relación terapéutica, facilitando que el consultante pueda sentirse comprendido por su terapeuta. Esto se observó en las tres consultantes que participaron del proceso terapéutico en esta investigación, quienes establecieron una relación con su terapeuta, se sintieron entendidas por esta persona nueva, y obtuvieron logros positivos en la psicoterapia.

A partir del análisis de los resultados y su discusión, esta investigación cumplió el objetivo general que buscaba caracterizar la aplicación de la psicoterapia orientada al focusing y su contribución al resultado terapéutico en consultantes con baja cercanía interpersonal en el contexto de psicoterapia breve. Asimismo, se observó que el modo y momento de uso de este método en la psicoterapia se relacionaba con un resultado positivo del proceso terapéutico: la aplicación de focusing en la primera mitad del proceso terapéutico, aplicando algunos pasos o administrándola en forma completa, contribuye a un cambio en

las consultantes. En concreto, las consultantes 1 y 3 se les administró el método en forma incompleta en la primera mitad del proceso, consiguiendo buenos resultados, en tanto la consultante 2, a quien se le administró focusing en forma completa en la primera mitad del proceso terapéutico, consiguió un cambio de mayor grado. En relación al cambio y resultado conseguido en este estudio, se observó que al finalizar los procesos terapéuticos, las consultantes tuvieron una disminución en la expresión subclínica de su sintomatología.

Otro de los objetivos de este proyecto buscaba entender como la psicoterapia orientada al focusing puede contribuir al desarrollo de las variables de proceso terapéutico, las cuales han demostrado ser claves en un proceso exitoso, la Alianza Terapéutica, Empatía Percibida, el Nivel Experiencial. Los resultados mostraron la variación y desarrollo de las tres variables de proceso a lo largo de las sesiones de trabajo terapéutico. Sin embargo, no se encontró un patrón relacional entre la oscilación de las variables y el modo y momento de uso de focusing en psicoterapia. Esto podría deberse a que el contexto de psicoterapia breve consideraba 8 sesiones, la muestra era de 3 consultantes, y a que la medición de las variables fue realizada en cada sesión. En otros estudios citados en esta investigación, las mediciones de las variables de proceso se realizaban solo en algunas sesiones, y con un mayor número de consultantes. También podría deberse a que como la psicoterapia incluye al focusing como método terapéutico, el cual presenta una orientación constante en terapia que puede privilegiar el desarrollo de estas variables en otras sesiones de trabajo terapéutico. Las variables de proceso terapéutico variaron en forma permanente durante la psicoterapia, lo cual podría deberse a la asistencia y apoyo por parte del terapeuta respecto de la evolución del consultante y de la relación con el cliente, en cada sesión de psicoterapia.

Si bien la literatura plantea que los consultantes con baja cercanía interpersonal pueden presentar dificultades para construir una relación con otro y para profundizar en el contacto con su vivencia interna, en esta investigación se pudo apreciar que el uso de focusing en psicoterapia contribuye a que estas consultantes generen un vínculo de confianza con su terapeuta y contacten con sus vivencias internas en un contexto de psicoterapia breve de 8 sesiones. También, la conducción terapéutica respecto de como desarrollar la psicoterapia para este tipo de clientes y la estrategia de aplicar el método al inicio de la psicoterapia, puede

ser un aspecto importante a considerar y que de alguna manera haya generado una huella en las consultantes que les permitió continuar ahondando en sus experiencias internas en sesiones posteriores en donde no se aplicó este método. Por otro lado, la preocupación permanente de los terapeutas respecto de las experiencias, sensaciones y emociones internas que vivenciaban las consultantes, buscando comprenderlas y aceptarlas, facilitó que ellas se vincularan con más facilidad con el terapeuta, sin juzgar ese contacto interno.

En esta investigación, se consideraron las habilidades interpersonales de los consultantes como un elemento importante en psicoterapia y en el desarrollo de una relación entre terapeuta y consultante, mostrando que consultantes con baja cercanía interpersonal, pueden desarrollar una relación con un terapeuta, mediante el uso de focusing.

BIBLIOGRAFÍA

- Alaminos, A., Francés, F., Penalva-Verdú, C., Santacreu, O. (2015). Análisis multivariante para las Ciencias Sociales I. Índices de distancia, conglomerados y análisis factorial.
- Alemany, C. (2006). El cambio terapéutico en la psicoterapia experiencial de E. Gendlin. *Miscelánea Comillas*, 64, (125), 503-528.
- Alemany, C. (2011). De la psicoterapia experiencial al focusing: la trayectoria de Eugene Gendlin. *Misceláneas Comillas*, 69, (135), pp. 443-469.
- Alemany, C. (2007). *Manual Práctico del focusing de Gendlin*. España. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer S. A.
- Alemany, C. (1997). *Psicoterapia Experiencial y focusing: La Aportación Experiencial de Eugene T. Gendlin*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer S. A.
- Arango, A., Moreno M. (2009). Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), pp. 135-145.
- Barceló, T. (2007). Carl R. Rogers y Eugene T. Gendlin: la relación que configuró un nuevo paradigma. *Manual práctico del focusing de Gendlin*, 79-128.
- Barcelo, T. (2008). La Filosofía de lo implícito de Eugene Gendlin. *Misceláneas Comillas*, 66(129), 413-438.
- Barber J., Conolly, M., Crits-Christoph, P., Gladis, L., Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 68(6), 1027-1032.
- Botella, L., Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, (101), 21-33
- Botella, L., Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autoregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta – paciente. *Revista de psicoterapia*, 16(61), 77-103.
- Burns, D., Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: a structural equation model. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(3), 441.

- Casanova, E. (1993). El desarrollo del concepto de si mismo en la teoría fenomenológica de la personalidad de Carl Rogers. *Revista de Psicología General y aplicada*, 46(2), 177-186.
- Celis, A. (1999). Proceso de adaptación del inventario de la relación de ayuda de G.T. Barret – Lennard. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, 8(1), 163-171.
- Coffeng, T. (2004). Trauma, Imagery and Focusing. *Person-centered & Experiential Psychotherapies*, 3(4), 277-290.
- Corbella, S., Botella, L., Lossa, L. (2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de Psicología*, (105), 91-103
- Corbella, S., Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205 – 221.
- DeGeorge, J., Lawrence, S. (2008). Empathy and the therapeutic alliance. Their relationship to each other and to outcome in cognitive – behavioral therapy for generalized anxiety disorder. Master of Science Thesis, Clinical Psychology, University of Massachusetts.
- Duncan, B., Miller, S., Sparks, J., Claud, D., Reynolds, L, Brown, J., Johnson, L. (2003). The session rating scale: preliminary psychometric properties of a working alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3-12.
- Edwards, D. (1998). Types of case study work: A conceptual framework for case-based research. *Journal of humanistic psychology*, 38(3), pp. 36-70.
- Estrada, E., García – Vega, E., Pérez – Espinoza, T. (2016). ¿Puede el entrenamiento en focusing mostrar eficacia como tratamiento coadyudante en pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad generalizada? *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 49-56.
- Etchevers, M., Simkin, H., Putrino, N., Giusti, S., Helmich, N. (2014). Relación terapéutica: estudio en población de psicólogos clínicos. *Anuario de investigaciones*, 21, pp. 23-30.
- Falkenstrom, F., Granstrom, F., Holmqvist, R. (2013). Therapeutic Alliance Predicts Symptomatic Improvement session by sesión. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 317-328.

- Gaston, L., Marmar, C., Gallagher, D., & Thompson, L. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychotherapy Research*, 1(2), 104-112.
- Gendlin, E. T., & Zimring, F. (1955). The qualities or dimensions of experiencing and their change. *Counseling Center discussion papers*, 1(3), 1-27.
- Gendlin, E. T. (1957). A process concept of relationship. *Counseling Center Discussion Papers*, 3(2), 22-32.
- Gendlin, E. T. (1958). The function of experiencing in symbolization (Doctoral dissertation, Department of Photoduplication, University of Chicago Library).
- Gendlin, E. T. (1959). The concept of congruence reformulated in terms of experiencing. *Counseling Center Discussion Papers*, 5(12), 1-30.
- Gendlin, E. T. (1961). Experiencing: a variable in the process of therapeutic change. *American Journal of Psychotherapy*, 15, 233-245.
- Gendlin, E. T. (1964). A theory of personality change. *Personality change*, 100-148.
- Gendlin, E.T. (1967). Values and the process of experiencing. In A. Mahrer (Ed.), *The goals of psychotherapy*, pp. 181-205. New York: Appleton-Century.
- Gendlin, E.T., J. Beebe, J. Cassens, M. Klein & M. Oberlander (1968). Focusing ability in psychotherapy, personality and creativity. In J.M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy*. Vol. III, pp. 217-241.
- Gendlin, E. T. (1969). Focusing. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 6(1), 4.
- Gendlin, E.T. (1973). Experiential psychotherapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (pp. 317-352). Itasca, IL: Peacock.
- Gendlin, E.T. (1991). Thinking beyond patterns: body, language and situations. In B. den Ouden & M. Moen (Eds.), *The presence of feeling in thought*, pp. 25-151. New York: Peter Lang.
- Gendlin, E. T. (1999). *El focusing en psicoterapia: manual del método experiencial* (Vol. 187). Grupo Planeta (GBS).
- Gimeno, A., Coto, R., Barrio, A., Saavedra, I., Vicente, C., Lagarón, M., Álvarez, T., Hernández, J., González, A. (2015). Relación entre la empatía del terapeuta y los resultados del tratamiento. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 179-189.

- Goldman, R. (1997). Change in thematic depth of experiencing and outcome in experiential psychotherapy. Unpublished doctoral thesis, York University, Canada.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S & Pos, A. E. (2005). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research*, 15, 248-260.
- Goldman, R., Greenberg, L., Pos, A. (2007). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research*, 15(3), 248-260.
- Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en terapia cognitiva. *Revista Asociación de Psicoterapia para la Republica Argentina*, 1, pp. 1-21.
- Hendicks, M. (2001). Focusing oriented/experiential therapy. En: D. Cain & J. Seeman (Eds.) *Humanistic Psychotherapy: Handbook of Research and Practice*. USA: American Psychological Association.
- Hernández Sampiere, R., Fernández Colladi, C., & Baptista, M. D. (2014). *Metodología de la investigación (Sexta Edición ed.)*. México, México.
- Jaison, B. (2014) Focusing with solutions. How to do brief therapy deeply. En: G. Madison (Ed.) *Theory and practice of focusing-oriented psychotherapy* (pp 69-83). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Joo, E. (2011). Application of focusing-oriented psychotherapy in dealing with issues of Asian immigrants: A single-case study of a Korean immigrant in Japan. *Japanese Psychological Research*, 53(1), 97-102.
- Krycka, K. C. y Ikemi, A. (2015). Focusing-oriented experiential psychotherapy: From research to practice. En D. J. Cain, K. Keenan y S. Rubin (eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (251- 282). Washington, DC: American Psychological Association.
- Leijssen, M. (1998) Focusing microprocesses. "Experiential Psychotherapy". Guildford Press. Traducción por Luis Robles.
- Leijssen, M. (2007). Coping with fear in short term experiential psychotherapy. *The Folio: A Journal for Focusing and Experiential Therapy*, 20(1), 25-35.
- López, A. (2018). Psicoterapia experiencial orientada al Focusing: una visión general. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 241-256.

- Mateu, C., Campillo, C., González, R. y Gómez, O. (2010). La Empatía psicoterapéutica y su evaluación: una revisión. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, Vol. 15, 1, pp. 1-18.
- McGuire-Bouwman, K. N. (2010). *Experiential Focusing as a Brief Therapy intervention*. Recuperado el 13 de julio de 2017, de: <http://www.cefocusing.com/pdf/2F2gExperientialFocusingBriefTherapyIntervention.pdf>.
- McHugh, M. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Med.*, 22(3), 276-282.
- Mestre, M., Samper, P., Frías, M. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14, (2), pp. 227-232.
- Miller, S., Duncan, B., Brown, J., Sparks, J., Claud, D. (2003). The Outcome Rating Scale: A preliminary Study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98.
- Norcross, J., Lambert, M. (2011). *Psychotherapy Relationships That Work II*. *Psychotherapy*, 48(1), 4-8.
- Pérez, A., Hernández, M. (1982). Variables relacionadas con los consultantes, su problemática y las intervenciones realizadas en psicoterapia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 14(2), 189-199.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N. & Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1007-1016.
- Krebs, M., González, L., Rivera, A., Herrera, P., Melis, F. (2012). Adherencia a psicoterapia en pacientes con trastornos de ansiedad. *Psyche*, 21(2), pp. 133-147.

- Reynolds, J., D'arcy, J., Stiles, W., Grohl, J. (2006). An investigation of session impact and alliance in internet based psychotherapy: preliminary results. *Counseling and psychotherapy research*, 6(3), 164-168.
- Rivera, J. (2005). Martin Heidegger, Ser y Tiempo. <http://www.heideggeriana.com.ar>, Traducido en <http://www.philosophia.cl>.
- Riveros, E. (2000). El nuevo paradigma del experiencing. Santiago de Chile: LOM Ediciones
- Rogers, C.R. (1951). *Client centered Therapy. Its current practice implications and Theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R., Santed, M., y Sanchez – Arribas, C. (1999). Estructura Factorial de la Escala de Ansiedad Social para Niños – Revisada (SASC-R). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4(2), 105-113.
- Santibáñez, P. (2003). La alianza terapéutica en psicoterapia: el inventario de alianza de trabajo en Chile. *Psykhe*, 12(1), 109 – 118.
- Santibáñez, P., Román, M., Vinet, E. (2009). Efectividad de la Psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Sauer, E. M., Lopez, F. G., & Gormley, B. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance: A preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research*, 13(3), 371-382.
- Sartre, J. (1964). *El existencialismo es un humanismo*. Barcelona: Editorial Edhasa.
- Sassenfield, A., Moncada, L. (2006). Fenomenología y Psicoterapia humanista – existencial. *Revista de Psicología de la Universidad*.
- Schwartz, J., Klein, D., Santiago, N., Vivian, D., Vocisano, C., Arnow, B., Manber, RT., Riso, L., McCullough, J., Borian, F., Castonguay, L., Blalock, J., Markowitz, J., Rothbaum, B., Thase, M., Miller, I., Keller, M. (2003). Therapeutic Alliance in Depression Treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of counseling and clinical psychology*, 71(6), 997-1006.
- Toukmanian, S. G., Jadaa, D. A., & Armstrong, M. S. (2010). Change Processes in Clients' Self-Perceptions in Experiential Psychotherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 9(1), 37-51.

- Tur, A., Metres, M. y Del Barrio, M. (2004). Factores moduladores de la conducta agresiva y prosocial. El efecto de los hábitos de crianza en la conducta del adolescente. *Universidad de Valencia*, 10(1), pp.75-88.
- Vega, J., Bedregal, P., Jadue, L., Delgado, I. (2003). Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Revista médica de Chile*, 131(6), 669-678.
- von Bergen, A., De La Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia Psicológica*, 20(2), 161-176.
- Watson, J. C., Steckley, P. L., & McMullen, E. J. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research*, 24(3), 286-298.
- Weiste, E., Perakyla, A. (2014). Prosody and empathic communication in psychotherapy interaction. *Psychotherapy Research*, 24(6), pp. 687 – 701.
- Wolfenson, A. (2015). Explorando las bases de la psicoterapia experiencial. *Rev GPU*, 11(2), 168-174.
- Yarnoz – Yaben, S. (2011). Evaluación del apego adulto: análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción Psicológica*, 8(2), pp. 67-85.

ANEXOS

Anexo 1

Invitación a participar de este estudio vía web

Los invitamos a participar del presente estudio que busca comprender cómo se relacionan diferentes aspectos de nuestra personalidad en relación a nuestra forma de sentir, pensar y comportarnos en diferentes situaciones sociales, lo cual nos predispone a generar relaciones interpersonales en distintos grados de cercanía, comodidad o distancia con los otros.

El conocimiento que se obtenga de este estudio será de gran valor para los psicólogos pues permitirá comprender posteriormente, en un próximo estudio, cómo estas características individuales influyen en el cambio constructivo de la personalidad que se desarrolla a través de la psicoterapia.

El tiempo que toma responder este estudio es de 20-25 minutos aproximadamente. Solicitamos responderlo de una sola vez para resguardar la validez de las respuestas. Para comenzar se debe ingresar **AQUÍ**.

Anexo 2

Consentimiento informado

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Contribución de las variables disposicionales prosociales del

consultante en el proceso y cambio en psicoterapia”- Etapa 2

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la segunda etapa de la investigación titulada “Contribución de las variables disposicionales prosociales del consultante en el proceso y cambio en psicoterapia”. El objetivo de esta etapa es establecer el rol que tienen las características de personalidad que nos predisponen a generar relaciones interpersonales en distintos grados de cercanía, comodidad o distancia con los otros, en el proceso de psicoterapia y el cambio en los consultantes. Usted ha sido seleccionado(a) porque cumple con los requerimientos de participación de esta etapa del estudio, los cuales son: tener entre 18 y 50 años de edad y no estar actualmente involucrado(a) en algún proceso de psicoterapia.

La investigadora responsable de este estudio es la Prof. Michele Dufey Domínguez, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. La investigación es patrocinada por el El fondo U-Inicia de Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Chile.

Para decidir su participación en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación implica asistir a un proceso de psicoterapia individual de 8 sesiones de duración en total, las cuales no podrán extenderse en el tiempo a un mayor número de sesiones. Cada sesión será de una hora de duración, y estas tendrán una frecuencia semanal (una vez a la semana), durante un periodo total de 2-3 meses aproximadamente. El enfoque o modelo de psicoterapia establecido para este estudio corresponde a una

psicoterapia experiencial breve. En términos generales, consiste en un proceso terapéutico que se centrará en una temática o problema central que usted desee abordar en acuerdo con su terapeuta. A su vez, su terapeuta facilitará el trabajo con los significados y sentimientos que para usted son relevantes en relación a este foco temático, buscando conjuntamente un entendimiento más cómodo y aliviador para esta situación.

Los procedimientos que implica participar en la investigación son:

a. Asistir a una entrevista previa al inicio de la psicoterapia con un miembro del equipo de investigación. Esta entrevista permitirá determinar que usted cumple con los requisitos de participación para la psicoterapia, para lo cual se establecerá su motivación por participar de un proceso de psicoterapia de 8 sesiones, el descartar la existencia de algún cuadro psicológico clínico o alguna enfermedad médica que excedan las posibilidades de atención en el número de sesiones establecidas por este estudio, y evaluar la posibilidad de circunscribir la psicoterapia a una temática central de trabajo terapéutico.

2. Asistir puntualmente a las sesiones previamente programadas y acordadas de psicoterapia. Usted podrá cancelar hasta dos sesiones por algún motivo de fuerza mayor, las cuales no pueden suceder en dos citas consecutivas. La sesión cancelada y debidamente justificada será reprogramada para realizarse a la brevedad posible y facilitar la continuidad de la psicoterapia. Por la importancia de la continuidad del proceso terapéutico para dar cumplimiento a los objetivos de este estudio y resguardar la validez de la información recabada, el incumplimiento de este criterio de asistencia y continuidad implicará el cese de la psicoterapia.
3. Responder cuestionarios autoadministrados (es decir, que responde usted mismo/a bajo las instrucciones que aparecen en este) referidos a su funcionamiento interpersonal y social la 1a y 8a sesiones. También se solicitará responder en cada sesión de psicoterapia algunos cuestionarios autoadministrados que evaluarán su percepción de la terapia y su nivel de bienestar.
4. La grabación audiovisual de las sesiones mediante una cámara de video situada en un lugar que no interrumpa la fluidez de la terapia. Esta grabación será posteriormente

utilizada confidencialmente por un profesional entrenado para analizar aspectos específicos de la psicoterapia que permitirán comprender cómo funcionan las intervenciones terapéuticas para facilitar el avance terapéutico en el consultante, así como las sesiones más productivas o menos productivas del consultante para su avance en la terapia.

Riesgos: Su participación en este estudio considera los riesgos propios de un proceso psicoterapéutico. Asimismo, pudiese involucrar el posible inconveniente de que usted experimente fluctuaciones anímicas a través de la psicoterapia. Algunas investigaciones anteriores han mostrado que las personas tienen comportamientos diferentes durante el proceso de terapia. Por ejemplo, hay quienes experimentan una mejoría gradual y continua desde el comienzo hasta el término de esta. Otras personas tienen un perfil diferente de evolución, pudiendo experimentar una acentuación de los síntomas presentes al inicio de la terapia durante el proceso, los cuales tienden a aliviarse en la medida que la terapia avanza. En cualquier caso usted podrá siempre decidir libremente cuáles son los temas personales que desea tratar y cuáles no. Asimismo, a través de la misma terapia usted tendrá la posibilidad de plantear sus posibles inquietudes acerca de sus estados anímicos con su terapeuta, con quien podrá establecer la forma de trabajarlos saludablemente durante la psicoterapia. En caso de que en cualquier momento del estudio se detecte algún cuadro de significancia clínica o una necesidad mayor de psicoterapia, se coordinará una derivación al Centro de Atención Psicológica de FACSO (CAPS).

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo por participar en este estudio, Sin embargo, podrá asistir a 8 sesiones de psicoterapia individual de manera gratuita, sin costo alguno para usted, exceptuando los posibles costos de traslado desde y hacia el lugar donde esta se realizará. Es importante destacar que el carácter de gratuidad de la psicoterapia recibida en esta fase de la investigación no tiene incidencia alguna en la calidad del tratamiento del cual va a participar. Por otra parte, su participación permitirá obtener información importante para que la psicología pueda avanzar en el estudio de los factores del consultante que facilitan u obstaculizan el avance de la psicoterapia y el éxito terapéutico.

Este conocimiento se sumará a la evidencia existente en torno a estos factores para poder pensar y diseñar intervenciones más eficientes que ayuden al bienestar de las personas.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria y tiene el derecho de rechazar su participación. Usted tendrá la libertad de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones y respuestas serán confidenciales y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones que deriven de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Para resguardar el anonimato de su participación, se asignará un código numérico a los cuestionarios que usted completará a través del estudio, así como al registro audiovisual que se obtendrá en cada sesión de psicoterapia. Asimismo, en caso que usted consienta en participar, el formulario de consentimiento informado que usted deberá firmar será desvinculado de estos instrumentos. Solo la investigadora responsable y el equipo de investigación tendrán acceso al material investigado, solo con fines de tabularlo e ingresarlo a la planilla general de datos, y analizarlo para estudiar sus respuestas a las intervenciones del/la terapeuta. Después de ello toda la información recabada será guardada bajo llave en un lugar de acceso restringido solo a la investigadora responsable.

El material recopilado mediante los cuestionarios se conservará así guardado por un periodo de seis meses para acceder a la información en caso que se detectara algún error de ingreso de los datos en la planilla general y poder corregirlos. Luego de este periodo este será destruido y eliminado. Las grabaciones audiovisuales de las sesiones serán conservadas por un periodo de cuatro años, que corresponde al plazo de duración de esta investigación más dos años posteriores a su término, para completar los análisis de la información obtenida por dicho medio.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados generales de esta investigación, es decir, aquellos que derivan del análisis global y conjunto de las respuestas otorgadas por toda la muestra bajo estudio. Para ello, usted deberá indicar al final

de este documento si está interesado(a) en conocer los resultados generales y, en tal caso, entregar su correo electrónico en el espacio que se le indicará más abajo para hacerle llegar esa información.

Datos de contacto: Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la Investigadora Responsable de este estudio:

Nombre Investigadora Responsable: Michele Dufey Domínguez
Teléfonos: 229772420 / 229787878
Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.
Correo Electrónico: mdufey@uchile.cl

También puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Prof. Dra. Marcela Ferrer-Lues Presidenta
Comité de Ética de la Investigación Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile
Teléfonos: (56-2) 2978 9726
Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.
Correo Electrónico: comité.etica@facso.cl

II. HOJA DE FIRMAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en la etapa 2 del estudio titulado ““Contribución de las variables disposicionales prosociales del consultante en el proceso y cambio en psicoterapia””.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

_____ Firma
Participante Firma Investigador/a Responsable

Lugar y Fecha: _____

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

Me gustaría que se me informe de los resultados globales del estudio:

____ Sí _____ No

Correo electrónico: _____

Anexo 3

Escala Experiencial (Forma abreviada)

Nivel	Contenido	Forma
1	No se usa referencia alguna. Narración de eventos de forma pública y desde afuera. Negativa de implicación personal.	Inexistencia de una implicación personal.
2	Los referentes personales se utilizan para clarificar claramente que se trata de su historia.	Implicación personal en la narración.
3	La utilización y expresión de emociones se realiza tangencialmente, a modo de paréntesis en la narración. Aun así, los sentimientos personales todavía están: (a) completamente atados a las situaciones en las que aparecen, (b) Sin elaborar en términos de significado personal más profundo o significación.	Implicación personal más allá del contenido específico, pero sin conseguir significados más profundos.
4	Se da de distintas formas: Expresión fluida de muchos sentimientos; expresión de un solo sentimiento, en el que el cliente se toma su tiempo para elaborarlo en términos de significado de autoimagen; expresión o comunicación de que el sentimiento existe, pero se necesita ayuda para expresarlo mejor.	La persona comunica lo que es ella misma.
5	Exploración de: (a) una sola situación relevante a la autoimagen, que a su vez implica muchos sentimientos y consecuentes relaciones, o también la descripción de un área de sentimientos con el significado personal consecuente; (b) examen y exploración de varias situaciones y sus puntos en común	Definición del problema en términos de sentimientos e intento de exploración de los mismos.
6	Los sentimientos se integran. Existencia de asociaciones entre sentimientos y los significados personales.	El cliente es capaz de llegar a conclusiones surgidas a raíz de intuiciones producidas por el hallazgo de significados en los sentimientos.
7	El cliente ya no necesita la narración como punto de partida. Ya es capaz de moverse libremente a través de sus sentimientos. Ya no existe dificultad alguna en relacionar lo que él dice con los significados que sus acciones y pensamientos tienen para él. Se mueve fácilmente a través de sus referencias interiores y es capaz de integrarlas dentro de su marco de referencia existencial.	Desde un marco existencial de referencia, se produce una libertad interior de movimiento en cuanto a los sentimientos y sus significados.

Anexo 4

Cuestionario de resultados OQ-45.2

Anexo

Cuestionario de resultados OQ-45.2

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F
 N° Ficha: _____ Sesión N° _____ Fono: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Para ayudarnos a entender cómo se ha estado sintiendo, bájese en los ÚLTIMOS SIETE DÍAS, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa cómo se siente esta semana. En el cuestionario el término "TRABAJO" se refiere al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser dueña de casa, cuidar los niños, etc. Por favor no escriba en las áreas oscuras. Marque con una "X" en el cuadro que corresponda.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	SD	IR	SR
1. Me llevo bien con otros	4	3	2	1	0		*	
2. Me canso rápidamente.	0	1	2	3	4			
3. Nada me interesa	0	1	2	3	4			
4. Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela.	0	1	2	3	4			
5. Me siento culpable.	0	1	2	3	4			
6. Me siento irritado, molesto.	0	1	2	3	4			
7. Me siento contento con mi matrimonio/pareja.	4	3	2	1	0		*	
8. Pienso en quitarme la vida.	0	1	2	3	4			
9. Me siento débil.	0	1	2	3	4			
10. Me siento atemorizado.	0	1	2	3	4			
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4			
12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/ escuela.	4	3	2	1	0		*	
13. Soy una persona feliz.	4	3	2	1	0	*		
14. Trabajo/estudio excesivamente (más de la cuenta).	0	1	2	3	4			
15. Me siento inútil.	0	1	2	3	4			
16. Me abruman (angustian) los problemas de mi familia.	0	1	2	3	4			
17. Mi vida sexual me llena.	4	3	2	1	0	*		
18. Me siento solo.	0	1	2	3	4			
19. Discuto frecuentemente.	0	1	2	3	4			
20. Me siento querido y que me necesitan.	4	3	2	1	0	*		
21. Disfruto mi tiempo libre.	4	3	2	1	0		*	
22. Tengo dificultades para concentrarme.	0	1	2	3	4			
23. Me siento sin esperanza en el futuro.	0	1	2	3	4			
24. Estoy contento conmigo mismo.	4	3	2	1	0	*		
25. Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer.	0	1	2	3	4			
26. Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. (No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca)	0	1	2	3	4			
27. Tengo malestares estomacales.	0	1	2	3	4			
28. Trabajo/estudio tan bien como lo hacía antes.	4	3	2	1	0		*	
29. Mi corazón palpita demasiado.	0	1	2	3	4			
30. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.	0	1	2	3	4			
31. Estoy satisfecho con mi vida.	4	3	2	1	0	*		
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. (Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4			
33. Siento que algo malo va a ocurrir.	0	1	2	3	4			
34. Tengo los músculos adoloridos.	0	1	2	3	4			
35. Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etcétera.	0	1	2	3	4			
36. Me siento nervioso.	0	1	2	3	4			
37. Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos.	4	3	2	1	0	*		
38. Siento que me va bien en el trabajo/escuela.	4	3	2	1	0		*	
39. Tengo muchas discusiones en el trabajo/escuela.	0	1	2	3	4			
40. Siento que algo anda mal con mi mente.	0	1	2	3	4			
41. Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido.	0	1	2	3	4			
42. Me siento triste.	0	1	2	3	4			
43. Mis relaciones con otros me satisfacen.	4	3	2	1	0	*		
44. Me enojo tanto en el trabajo/escuela que puedo hacer algo de lo que después me puedo arrepentir.	0	1	2	3	4			
45. Me dan dolores de cabeza.	0	1	2	3	4			
						+	+	
						Total=		

Developed by Michael Lambert, Ph.D. and Gary M. Burlingame, Ph.
 © Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC.
 All Rights Reserved. License Required For All Uses.
 Validado en Castellano por Guillermo de la Parra C. y Alejandra von Bergen R.

Para mayor información contactar: Guillermo de la Parra C.
 E-MAIL: gdelap@net.vtr
 Alejandra von Bergen R.
 E-MAIL: avonbergen@terra.cl

Anexo 5

Inventario alianza de trabajo formato paciente

Instrucciones

En las siguientes páginas se plantean una serie de afirmaciones que describen algunas de las diferentes maneras en que una persona puede pensar o sentir acerca de su psicoterapeuta (psicólogo). A medida que lea las afirmaciones, cuando en el texto aparezca una _____, inserte mentalmente el nombre de su psicoterapeuta (psicólogo).

Bajo cada una de las afirmaciones hay una escala con puntaje de 1 a 7:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

Si la afirmación describe la manera que usted piensa (o siente) siempre, marque el número 7; si esto nunca le sucede marque el número 1. Use los números existentes entremedio para describir las variaciones entre estos extremos.

Este cuestionario es CONFIDENCIAL; ni su terapeuta ni el consultorio verán sus respuestas. Trabaje rápido; queremos conocer sus primeras impresiones.

(POR FAVOR NO OLVIDE RESPONDER TODOS LOS ITEMES) Gracias por su cooperación.

© W.A.I.: A. Horvath, 1981, 1984.

I.A.T. : Adaptación a Chile (Santibáñez, 2000)

Puntajes: T: _____ M: _____ V: _____

1. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en lo que hay que hacer para contribuir a mejorar mi situación.

1 2 3 4 5 6 7

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

2. Lo que hago en terapia me permite ver nuevas formas de considerar mi problema.

1 2 3 4 5 6 7

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

3. Caigo bien a mi terapeuta.

1 2 3 4 5 6 7

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

4. Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes sobre lo que intento conseguir en la terapia.

1 2 3 4 5 6 7

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

5. Confío en la capacidad de mi terapeuta para ayudarme.

1 2 3 4 5 6 7

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

6. Mi terapeuta y yo estamos trabajando con metas que hemos acordado ambos.

1 2 3 4 5 6 7

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

7. Siento que mi terapeuta me aprecia.

1 2 3 4 5 6 7

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

8. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en cuáles son las cosas importantes en que debería trabajar en la terapia.

1 2 3 4 5 6 7

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

9. Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.

1 2 3 4 5 6 7

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

10. Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes respecto a cuáles son mis problemas.

1 2 3 4 5 6 7

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

11. Mi terapeuta y yo hemos llegado a una buena comprensión del tipo de cambios que serían buenos para mí.

1 2 3 4 5 6 7

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

12. Creo que la forma en que estamos trabajando con mi problema es la correcta.

1 2 3 4 5 6 7

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

Anexo 6

Escala de Comprensión Empática (Barrett-Lennard, 1986)

A continuación hay una lista de formas en que una persona determinada puede sentirse o comportarse en su relación con otra persona. Considere cada afirmación en referencia a su relación actual con su terapeuta, al día de hoy.

Indique en la siguiente rejilla frente al número correspondiente, cuán fuertemente siente usted que cada afirmación es verdadera o falsa en esta relación. Por favor marque con una cruz el número que más lo identifica para cada una de las afirmaciones en relación al momento actual con su terapeuta, considerando una escala de +3, +2, +1, -1, -2, o -3, que corresponden a las siguientes respuestas:

+3 = Sí, tengo la absoluta convicción de que esto es verdad

+2 = Si, siento que esto es verdad

+1 = Si, siento que probablemente esto es verdad, o más verdadero que falso -1 = No, siento que probablemente esto es falso, o más falso que verdadero -2 = No, siento que esto no es verdad

-3 = No, tengo la absoluta convicción de que esto no es verdad

	-3	-2	-1	1	2	3
1. Quiere entender cómo yo veo las cosas						
2. Puede que entienda mis palabras, pero no se da cuenta de lo que yo siento						
3. Casi siempre sabe con exactitud lo que quiero decir						
4. Lo que yo hago, él(ella) lo ve desde su propio punto de vista						
5. Generalmente intuye o se da cuenta de lo que estoy sintiendo						
6. Su actitud frente a ciertas cosas que hago o digo le impide entenderme						
7. A veces piensa que yo siento algo de cierta manera porque así lo siente él(ella)						
8. Entiende lo que quiero decir aún cuando a mí me resulte difícil expresarlo						
9. Generalmente capta la totalidad de lo que quiero decir						
10. Simplemente pasa por alto algunas cosas que yo siento o pienso						
11. Él(ella) capta exactamente la forma en que yo siento las cosas que experimento						
12. A veces, él(ella) cree que mis sentimientos por algo en particular son mucho más fuertes que como yo los siento en realidad						
13. No percibe cuán sensible soy respecto a algunas de las cosas que conversamos						
14. Me entiende						
15. Su conducta conmigo es generalmente tan fija y automática que no consigo llegar a él(ella)						
16. Cuando yo me siento dolido o alterado, él(ella) puede reconocer y distinguir claramente mis sentimientos, sin alterarse él(ella)						