



Universidad de Chile  
Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Psicología

**INTERVENCIONES ORIENTADAS AL FOCUSING:  
UN ESTUDIO DE CASO COMO APROXIMACIÓN AL DESAFÍO TERAPÉUTICO DE  
LA ORIENTACIÓN EVITATIVA EN EL APEGO**

**Memoria de Tesis para optar al Título de Psicóloga**

**ACZA LISSETTE RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ**

Profesora Patrocinante: Dra. Michele Dufey Domínguez

Santiago de Chile, 2021

**INTERVENCIONES ORIENTADAS AL FOCUSING:**  
**UN ESTUDIO DE CASO COMO APROXIMACIÓN AL DESAFÍO TERAPÉUTICO DE  
LA ORIENTACIÓN EVITATIVA EN EL APEGO**

*Dedicada a todas las personas cuyas infancias han sido vulneradas desarrollando estilos de apego inseguros con historias muy dolorosas y traumáticas, y que hoy tienen la difícil tarea de reparar sus heridas.*

*Y para todas aquellas personas que acompañan y trabajan con esos complejos procesos desde una profunda empatía y amor en su quehacer clínico.*

## AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer enormemente a mis padres por todo su esfuerzo, ya que, sin ellos esto no habría sido posible. Por impulsarme constantemente, por darme las alas y todas herramientas para poder llegar hasta aquí. Gracias por cultivar en mí grandes sueños y metas. Hoy orgullosamente soy la primera mujer en ir a la universidad de mi núcleo más cercano. Gracias por el apoyo incondicional que me brindaron en este largo camino, comprendiendo por sobre todo mis tiempos personales a lo largo de estos años.

*Gracias Madre, que todo lo has dado por mí.*

*Gracias Papá, por tus palabras siempre de aliento y apoyo.*

También agradecer a quienes me acompañaron durante la carrera y por sobre todo a quienes estuvieron en el periodo final y decisivo de este proceso, cuando más lo necesité. ¡Infinitas Gracias!

*Nazareth y Mariana.*

Por otro lado, no puedo más que sentirme agradecida de los inmensos aprendizajes personales obtenidos en mi propio proceso de psicoterapia. El acompañamiento afectuoso por parte de mis terapeutas, quienes me han sostenido y me han ayudado a transformar mi vida. Mostrándome el poder de la terapia.

*A ustedes Isabel y Violaine*

Agradezco a quien me acompañó, facilitándome un espacio físico con condiciones más cómodas para trabajar como gesto de su amor, y por depositar una confianza inmensa sobre mis capacidades. Siendo una persona muy importante en mi crecimiento personal, y estando muy presente en este proceso de cierre de carrera.

*A ti Cristóbal*

Finalmente, a mi profesora guía por el proceso vivido desde el diplomado, la práctica profesional, hasta la tesis. Por destacar constantemente mis habilidades y fortalezas, además de los conocimientos transmitidos que tanta riqueza traerán a mi vida profesional. Y por supuesto, a su investigación mayor que posibilitó que mi Memoria fuese financiada por el Programa U-INICIA Concurso de Reforzamiento de Inserción Productiva de Nuevos académicos VID 2016; código UI07/16; Universidad de Chile.

## RESUMEN

El presente trabajo, realizó un estudio de caso para caracterizar el modo de implementación de las intervenciones orientadas al focusing en la psicoterapia experiencial breve de una consultante que se analizó como una aproximación a la orientación evitativa en el apego. En total se identificaron siete intervenciones orientadas al focusing, clasificadas en microprocesos I y II. Se describieron y analizaron las respuestas de la consultante, en relación al contenido y el modo de expresarse, evidenciando temáticas relacionadas con dificultades emocionales e interpersonales vinculadas a memorias de un modelo de trabajo representativo de la orientación evitativa en el apego. No obstante, se hallaron diferencias en el modo de regulación emocional encontrando una estrategia de afrontamiento con distanciamiento parcial y tardío, distinta a la estrategia secundaria de desactivación. Finalmente, se concluyeron algunos elementos importantes a considerar en la implementación de las intervenciones orientadas al focusing: ésta se debe comprender en un marco relacional donde la interacción terapéutica sea una guía para reconocer cuando un microproceso necesita ser asistido. Reconociendo cualidades específicas de que aquella interacción, tales como; la necesidad de una distancia terapéutica más amplia inicialmente, debiendo observar y escuchar el lenguaje implícito del cuerpo para apreciar la disposición a experimentar los riesgos de la intimidad emocional. Además de complementar con intervenciones psicoeducativas de carácter emocional que ayuden a desarrollar una actitud de focusing por parte de la consultante. Todo esto, con el fin de llevar adelante un proceso de autoexploración y conexión con la sensación sentida que posibilite una eventual desconfirmación del modelo de trabajo prototípico del apego evitativo/inseguro.

*Palabras claves:* Intervenciones orientadas al focusing, microprocesos, sensación sentida, orientación evitativa de apego, estrategia de distanciamiento.

## INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, la *palabra* ha ocupado un lugar primordial en el espacio psicoterapéutico por ser el medio con el cual comunicamos nuestras vivencias. Más aún, no existe una experiencia que pueda ser nombrada a priori por el lenguaje (López, 2018) sin antes transitar por la vía de acceso directa a su complejidad: el *cuerpo* (Gendlin, 1992; Barceló, 2015). Esto, en razón de que es el cuerpo quien “vive la experiencia a través de sensaciones corporalmente sentidas, que son pre-conceptuales y con significados implícitos” (López, 2018, p. 245). Sin embargo, es recién en la década de los 70 cuando se logra visibilizar al «*cuerpo vivenciado*» de modo directo como elemento central dentro de la psicoterapia. Siendo en ello fundamental la psicoterapia experiencial orientada al focusing desarrollada por Eugene Gendlin (Alemany, 2007; citado en Wolfenson, 2015).

Dicha psicoterapia, se caracteriza por abordar el aspecto vivido de ese cuerpo que somos, facilitando que los consultantes puedan explorar las experiencias que han registrado corporalmente, para así acceder a un saber organísmico que será quien indique los pasos que se requieren para ir hacia adelante (Barceló, 2015). Cabe señalar que, esto es posible mediante herramientas experienciales específicas que facilitan el contacto con el funcionamiento implícito a nivel organísmico, el cual está disponible a cada momento. Pues, de acuerdo con el filósofo Merleau-Ponty (1945): *somos conciencia corporizada* (Ferrada, 2019).

En esta línea, Gendlin propone una forma novedosa de centrar las intervenciones del terapeuta en relación a los cambios concretos e inmediatos sobre la sensación corporal presente de los consultantes (Alemany, 2011). Describiendo cómo usar de forma más efectiva una teoría sobre la interacción psicoterapéutica (Alemany, 2011), donde la relación terapéutica en sí misma facilite a los consultantes desarrollar su proceso de cambio (López, 2018). Pues, el proceso interno es siempre una función del incesante proceso interaccional (Wiltschko, 1995), ya que, “vivimos corporalmente nuestras relaciones” (Gendlin 1996, p. 297), y por tanto, es ahí donde es posible generar movimiento (“*carrying forward*”) (Gendlin, 1964/2000).

Así, hay dos cuestiones importantes en las que el terapeuta experiencial pone énfasis; *la relación psicoterapéutica*, y *cómo habla quien consulta* (modo de expresarse) (Lara, 2013). Esto último, a propósito de que Gendlin descubrió que cierta particularidad en expresar las vivencias predice una alta probabilidad de éxito en psicoterapia

(Alemany, 2007). Posiblemente, por ser una habilidad que poseen ciertos consultantes para involucrarse con su propia experiencia desde algo interno. Pues, éstos comúnmente hablan desde una sensación corporal poco clara, con un lenguaje tentativo, chequean con un referente interno (sentido corporalmente) y se expresan en primera persona con un ritmo pausado (Weiser, 2016).

Sin embargo, como no todos los consultantes tienden a expresarse de ese modo, Gendlin (1969) elaboró una herramienta llamada Focusing para facilitar el proceso de conexión experiencial. La cual se caracteriza y distingue principalmente por su objeto específico de atención (la sensación sentida) y la actitud de focusing (que requiere ser adoptada por terapeuta y consultante) (Iberg, 1981; citado en Leijssen, 1998).

Cabe distinguir que, la sensación sentida o "*felt sense*" (en inglés) no refiere a una mera sensación física (Robles, 2006). Es una sensación corporal global, que se forma de manera fresca y nueva, relativa a una situación vital (Weiser, 2016). Se caracteriza por ser amplia, presente, siempre diferente, de baja intensidad y difícil de reconocer (Lara, 2016), pues, según Gendlin (1984) en principio:

"es una sensación más allá de lo que uno dice y sabe, (...) incierta y difusa, acerca de una situación entera que viene en medio del cuerpo: garganta, pecho, estómago, abdomen" (p. 79).

De acuerdo con Mia Leijssen (1998), la sensación sentida se despliega a través de cuatro componentes: a) sensaciones corporales; b) emociones; c) situación externa vivenciada y d) símbolos o imágenes. Y, necesita ser explorada cautelosamente desde una aproximación receptiva con aquellos significados sentidos que todavía no se logran simbolizar, es decir, no se aprecian de forma explícita en la conciencia (Parker, 2007). Por tanto, es elemental una actitud de focusing; forma especial de estar presente con el otro, para acoger la experiencia corporalmente sentida desde una presencia empática (Leijssen, 1998). Esta puede ser enseñada si no surge de manera espontánea.

Al respecto, Scott (2011) nombra diez cualidades que engloban esta actitud de focusing: (1)acogedora, (2)curiosa, (3)respetuosa, (4)amable, (5)paciente, (6)confiada, (7)neutral<sup>1</sup>, (8)humilde, (9)abierta y (10)esperanzada. La importancia de éstas radica en la necesidad de tolerar la incertidumbre del proceso, permitiendo soltar el control y ser vulnerable, puesto que, ni terapeuta ni consultante pueden anticiparse a lo que surgirá

---

<sup>1</sup> El término neutral hace referencia al hecho de no colocar suposiciones jerárquicas sobre lo que dice el consultante, dando mayor importancia a unas por sobre otras, sino que, aceptar lo que venga sin juzgar. Pues, las personas son primero, no las teorías (Scott, 2011).

desde lo implícito (Leijssen, 1998). Lo que puede ser muy alarmante para consultantes que habitan sus experiencias más desde lo racional y no acostumbran a conectarse con cuestiones corporales internas, manteniendo sus emociones bajo estricto control (Leijssen, 1998), con incluso un acceso restringido a memorias afectivas producto de su tipo de apego (Edelstein, 2006). Debido que, se ha descubierto que distintas trayectorias personales de apego dan lugar a diferencias en la capacidad para atender a la propia experiencia (Miller-Bottomo, Talia, Eubanks, Safran y Muran, 2019; Wallin, 2007), y las personas con orientación evitativa de apego suelen limitar defensivamente el procesamiento de información potencialmente angustiada (Edelstein, 2006; Liu, Ding, Lu, & Chen, 2020). Es más, distintos estudios empíricos (Li, Han, Wang, Guo, Gan, & Zhang, 2021; Liu, Ding, Lu, & Chen, 2017; Pallini, Morelli, Chirumbolo, Baiocco, Laghi & Eisenberg, 2019) han evidenciado que la forma en la cual el estilo de apego afecta el procesamiento de las emociones está estrechamente relacionada con un sesgo atencional, que en apego evitativo implica distancia tanto en lo afectivo como a nivel de pensamientos relacionados a lo vincular (figuras de apego).

Por tal razón, sería interesante observar y analizar en qué medida afecta y cómo abordar el sesgo atencional de los consultantes con orientación insegura/evitativa a la hora de realizar un ejercicio autoexploratorio de focusing, el cual es un proceso principalmente *atencional* de una experiencia sentida en el cuerpo vivenciado, donde se conecta de manera profunda y compleja con el sentir. Al respecto, se podría hipotetizar que posiblemente afectará al modo de contacto con la sensación sentida, presentándose cierta dificultad por parte de estos consultantes para prestar atención y explorar detenidamente esta sensación conocida como “felt sense”, en vista de un modo de regulación que tiende hacia la desactivación, a través de estrategias que posibilitan pensar, sentir y actuar desde un estado con distancia (Mikulincer & Shaver 2016).

Cabe señalar que, esta manera particular de desenvolverse en el ámbito emocional e interpersonal, se debe a reiteradas vivencias donde la interacción con el entorno fue dolorosa y frustrante, ya que, las figuras de apego no estuvieron disponibles afectiva o físicamente, siendo no responsivas, inconsistentes o incluso frías y rechazantes en momentos de necesidad (Mikulincer & Shaver, 2016). En tales casos, la sensación resultante es de vulnerabilidad, aprendiendo que ante una señal de necesidad la búsqueda de proximidad no es efectiva, y por ende, se debilita o bloquea mediante estrategias secundarias de desactivación, lidiando con las amenazas de forma independiente y autosuficiente (Mikulincer & Shaver, 2016).



En este sentido, el apego es una variable importante para tener en cuenta a la hora de construir un vínculo terapéutico (Benlloch, 2020), puesto que, ofrece una teoría coherente sobre la relación terapeuta-paciente donde la necesidad del paciente de buscar ayuda es la característica principal (Holmes, 2009). Y el terapeuta ha de actuar como un cuidador responsivo (figura de apego transitoria) que cumple con funciones como: la regulación emocional, la compasión, la comprensión y aceptación, la identificación de problemas y el apoyo necesario para dar lugar a una exploración emocional segura (Crittenden, 2017). No obstante, como todos los procesos terapéuticos son distintos, algunos pueden requerir inicialmente una distancia terapéutica<sup>2</sup> mayor (ver Figura 1 en Anexos) producto de estrategias personales de distanciamiento y desactivación del apego (Daly y Mallinckrodt, 2009). De hecho, de acuerdo con Geller y Faber (2015), los consultantes con apego inseguro tendrían representaciones mentales de sus terapeutas concordantes con sus deseos e inquietudes a nivel vincular. Lo que se traduce en un apego inseguro hacia los terapeutas (Mallinckrodt, 2010), vale decir, un cuestionamiento tanto del saber como de la búsqueda de proximidad, rechazando el contexto terapéutico como un espacio seguro donde realizar una autoexploración.

Según Bowlby (1969/1982), las vivencias son codificadas, procesadas y almacenadas en forma de representaciones mentales de uno mismo y de los otros, proporcionando cierta estructura de funcionamiento como interpretadores que guían estratégicamente el procesamiento de la información, además de influir sobre el registro emocional y las disposiciones hacia la acción (Serván, 2018). Esto, Bowlby (1973) lo conceptualizó como Modelos de Trabajo o Modelos Operativos Internos, que son estructuras cognitivo-afectivas que incluyen memorias de tipo autobiográficas, episódicas (sobre interacciones específicas con figuras de apego) y procedurales (sobre cómo regular las emociones y el comportamiento) (Collins & Read, 1994; Dykas & Cassidy, 2011; Shaver, Collins & Clark, 1996; citados en Mikulincer & Shaver, 2016) las cuales son perdurables a largo plazo.

Al respecto, Mikulincer y Shaver (2016) evidenciaron que la orientación evitativa de apego se relaciona con memorias episódicas que han dado lugar a cierta renuencia a confiar en los otros, por lo que inflan defensivamente su propia imagen hacia un sentido de perfeccionismo y superioridad, como un intento de negar la vulnerabilidad.

---

<sup>2</sup> Se entiende como el nivel de transparencia y revelación en la relación clínica, tanto por parte del cliente como del terapeuta, junto con la intensidad emocional y el nivel de intimidad en las sesiones (Daly y Mallinckrodt, 2009).

Lazarus y Folkman (1984), por su parte, plantearon que poseen memorias procedurales que hacen que tiendan a suprimir la emoción o disociarse de sus efectos desde un modo de afrontamiento con distanciamiento, a la base de una estrategia secundaria de desactivación del sistema de apego (Mikulincer y Shaver, 2016).

Más aún, la singularidad de la relación terapeuta-consultante podría implicar una desconfirmación de las estrategias interpersonales usuales que se han desarrollado defensivamente producto de estas memorias (Bowlby, 1980). Favoreciendo una experiencia emocional “correctiva”, a propósito de una base segura en la relación terapéutica (Daly & Mallinckrodt, 2009; Bowlby, 1980) capaz de reparar heridas tempranas en apego adulto. Entendiendo el concepto “base segura” desde la noción de Winnicott, que plantea al cuidador como “suficientemente bueno” para generar un vínculo saludable (Schoore, 2012; citado en Lawson-McConnell, 2018).

Es decir, la orientación de apego de los consultantes puede cambiar a lo largo de la vida en la medida que la persona pueda vivenciar relaciones interpersonales que se desvíen significativamente de los modelos de trabajo más prototípicos (Daniel, 2006; citado en Rossetti & Botella, 2017). Por tanto, el apego puede ser comprendido desde la “Teoría del Cambio de la Personalidad” de Gendlin (1964/2000), donde el término evitativo puede ser mirado y pensado dentro de un continuo entre apego seguro e inseguro (Schoore, 2012), cuya posición no es fija, sino que con carácter dinámico y en constante auto-actualización. Lo que involucra cierto flujo afectivo o un proceso de sentimiento que tiene lugar en el contexto de una relación interpersonal en marcha (Gendlin, 1964/2000). En otras palabras, gracias a un vínculo curativo (Wallin, 2007) que funciona de manera bidireccional entre terapeuta y consultante, llevando a cabo una correulación emocional clínicamente relevante (Soma, Baucom, Xiao, Butner, Hilpert, Narayanan, Atkins, & Imel, 2020). La que promueve estabilidad emocional y seguridad para explorar el mundo y para dirigirse a procesos internos tales como experiencias sensoriales, afectivas y cognitivas (Eagle, 2017).

En este sentido, Focusing, es un proceso de toma de conciencia y de curación emocional (Focusing España, s. f), que dentro de sus competencias contempla la validación de lo que emerge del cuerpo vivenciado y de algún modo la promoción de la regulación emocional a través de la escucha y la relación psicoterapéutica (Alemany, 2011). De hecho, la psicoterapia experiencial orientada al focusing al ser fundamentalmente relacional (Preston, 2014), facilita una relación terapéutica profunda y de calidad (López, 2018) que se podría considerar como base para un vínculo seguro. Dado que, el terapeuta debe ser capaz de captar el marco de referencia del otro y ofrecer

ciertas actitudes como empatía, aceptación incondicional y congruencia (Rogers, 1957), lo cual brinda un espacio de confianza con el terapeuta.

Sobre esto, la investigación ha planteado que la relación terapéutica contribuye de manera consistente a los resultados de la terapia (Comité Steering, 2002; citado en Mearns & Cooper, 2005), encontrando tres factores relacionales “demostrablemente efectivos”, entre los que destacan (citado en López, 2018): a) la empatía del terapeuta (Bohart, Elliot, Greenberg, & Watson, 2002), b) la solidez y calidad de la relación cooperativa terapeuta-consultante (Howarth & Bedi, 2002), y c) el nivel de acuerdo terapeuta-consultante con respecto a los objetivos (Tryon & Winograd, 2002).

Por consiguiente, la psicoterapia experiencial orientada al focusing podría ser tremendamente favorable para conseguir cambios a nivel interpersonal en consultantes con orientación insegura/evitativa en el apego. Y, el hecho de generar un espacio para atender a los propios sentimientos facilitado por intervenciones orientadas al focusing, podría permitirles conectar de una manera distinta al ser acompañados por un otro disponible y responsivo -sensible, coherente y fiable- (la figura del terapeuta) que atienda sus necesidades y escuche lo que el cuerpo vivenciado tiene para decir. De modo que, se hace necesario realizar investigaciones sobre este tipo de intervenciones particulares enmarcadas en la psicoterapia experiencial, para evidenciar su contribución clínica con consultantes cuyo apego se orienta hacia lo inseguro/evitativo.

En cuanto a las intervenciones orientadas al focusing, en términos amplios son: *invitaciones realizadas por el terapeuta orientadas a atender en el aquí y ahora lo que emerge en el cuerpo vivenciado del consultante*. Comúnmente se expresan como preguntas orientadas a explorar sentimientos, sensaciones y/o símbolos, utilizando diferentes propuestas experienciales que invitan a la autoexploración y contacto con la sensación sentida. Algunos ejemplos son: 1. Aquellas que realizan un ejercicio autoexploratorio particular sobre el sentir del consultante en términos corporales (Ej. ¿Qué sensaciones te evoca eso? ¿Cómo se siente tu cuerpo en estos momentos?), 2. Aquellas dirigidas a explorar más detenidamente la sensación sentida del consultante (Ej. Quiero pedirte que te tomes un momento en silencio para que chequees que sensaciones te despierta esta situación (...) intenta observar si hay alguna zona de tu cuerpo donde eso se siente más), 3. Aquellas que realizan una ronda completa de ejercicios de focusing en las distintas variantes descritas por Gendlin: a) como proceso experiencial (desarrollando las cuatro fases) o, b) como técnica (aplicando los seis pasos) (ver Tabla 4 y 5 en Anexos).

La autora Mia Leijssen (1998) por su parte, propone ejemplos que entregan claridad a los terapeutas respecto de qué tipo intervención orientada al focusing podría ser apropiada ante diversos obstáculos presentados por los consultantes a la hora de realizar una autoexploración (ver Tabla 6 en Anexos). Para ello, dicha autora se inspiró principalmente en los Manuales de Gendlin (1981, 1996) y el Manual Guía de A. Weiser Cornell (1993), realizando una descripción muy detallada e ilustrativa sobre tres Microprocesos de Focusing; “que ayudan a establecer las condiciones de trabajo que son óptimas para facilitar tipos particulares de auto-exploraciones” (Rice, 1984, p. 182). Estos son (Leijssen, 1998): 1. Encontrando la distancia adecuada<sup>3</sup> de una sensación sentida; 2. Desarrollando la sensación sentida con todos sus componentes; 3. Recibiendo plenamente la sensación sentida. Los que pueden ocurrir en distintos momentos de la psicoterapia sin un orden preestablecido (ver Tabla 7 en Anexos).

En el presente estudio, los *Microprocesos del Focusing* serán considerados como la base para comprender los tipos y subtipos de intervenciones orientadas al focusing que se pueden realizar en función de las dificultades específicas con las que un consultante con apego hacia lo evitativo puede encontrarse eventualmente durante su proceso de psicoterapia. Comprendiendo que estas intervenciones son originalmente planteadas a partir de la resonancia corporal implícita de aquel terapeuta que está en contacto con su cuerpo, es decir, desde su propia sensación sentida acerca de la persona del consultante y la incesante experiencia con éste (Leijssen, 1988).

Respecto a la evidencia empírica, los investigadores Elliot y Freire (2008), reportaron un metaanálisis en el cual revisaron más de 180 estudios científicos, evidenciando que las psicoterapias experienciales son altamente eficaces. Más aún, en términos de estudios específicos respecto a intervenciones orientadas al focusing, hasta ahora “*Despejando un espacio*” o “*Clearing a space*” (en inglés), ha sido el primer y el único subtipo de intervención de microproceso (Ver tabla 2 en sección Metodología; Instrumentos) estudiado de manera sistemática (Gendlin, Grindler & McGuire, 1984; citados en Krycka y Ikemi, 2016), e inclusive tiene un protocolo llamado CAS (siglas en inglés). Este protocolo ha sido utilizado por un creciente número de investigadores entre ellos Katonah (2010), quién demostró un impacto positivo apreciado en el aumento de la seguridad, la imagen corporal, la recuperación del trauma, experiencias de plenitud, entre otros estados psicológicos de los consultantes. Por otro lado, los estudios de

---

<sup>3</sup> Distancia adecuada: Según Leijssen (1998), es aquella donde se crea un espacio entre sí mismos y el problema, relacionándose con la experiencia desde un yo observador.

Leijssen (2007) reportaron la importancia del microproceso I, en cuanto a desarrollar una relación intrapsíquica saludable al contactarse con el cuerpo vivenciado a través de lo que denominó la guía interna que es asistida por Despejar un espacio. Concluyendo que el éxito interiorizado al encontrar la distancia justa con los problemas (la relación correcta con la propia experiencia), se convierte en una fuente sumamente poderosa para el cambio intra e interpersonal (Leijssen, 2007).

Ahora, a pesar del creciente cuerpo de estudios de casos en psicoterapia experiencial orientada al focusing (Geiser, 2010; Hikasa, 2011; Hoshika, 2012; Ikemi, 2010; Koizumi, 2010; Krycka, 2010; Rappaport, 2010; Uchida, 2011), los cuales han cubierto una amplia gama de trastornos y dificultades, actualmente se desconocen estudios que evidencien el nivel de eficacia de las intervenciones orientadas al focusing en relación al apego de los consultantes. Por consiguiente, esta es una investigación pionera en abordar esta materia, con un carácter sumamente novedoso y relevante para la investigación y los avances en la clínica humanista-experiencial. Así como también para las aportaciones clínicas a la Teoría del Apego, ya que, si bien algunos autores han recopilado y sistematizado las derivaciones clínicas y terapéuticas (Galán, 2020), sigue habiendo grandes limitaciones en términos de técnicas e intervenciones específicas que estén vinculadas o prescritas por dicha teoría (Eagle, 2017).

Sin perjuicio de lo anterior, a pesar de la escasez de estudios en esta línea, si se ha evidenciado que las personas con apego evitativo obtienen mayores beneficios con intervenciones que faciliten su expresión afectiva y conexión emocional (Hardy, Aldridge, Davidson, Rowe, Reilly, & Shapiro, 1999; citado en Benlloch, 2020). Por tanto, la psicoterapia experiencial orientada al focusing podría ser una interesante propuesta para lograr buenos resultados en torno a esto. Sin embargo, resulta de vital importancia conocer qué tipo de estrategias podrían utilizar los terapeutas para hacer frente a los desafíos que supone este tipo de funcionamiento de apego inseguro, para así, dar lugar a una mayor eficacia en los procesos psicoterapéuticos.

En efecto, el presente trabajo pretende realizar un estudio en profundidad de cómo se desarrolla la implementación de intervenciones orientadas al focusing en un caso como aproximación hacia lo inseguro/evitativo. Así, la pregunta de investigación del presente trabajo es *¿Cómo se implementan las intervenciones orientadas al focusing en la psicoterapia experiencial breve de una consultante con una aproximación a la orientación evitativa en el apego?* Para responder a ello, el objetivo general es caracterizar el modo de implementación de las intervenciones orientadas al focusing en la psicoterapia experiencial breve de una consultante con una aproximación a la

orientación evitativa en el apego. Y los objetivos específicos son: a) identificar las intervenciones orientadas al focusing realizadas por el terapeuta a lo largo de cada una de las sesiones de psicoterapia, b) clasificar éstas intervenciones según los tres microprocesos planteados por Mia Leijssen, c) describir y analizar las respuestas del consultante durante las intervenciones de acuerdo con el modo (forma de expresarse) y el contenido (tópicos hablados), y, finalmente d) discutir sobre el uso de las intervenciones orientadas al focusing en un caso clínico como aproximación al desafío terapéutico de la orientación evitativa en el apego.

## METODOLOGÍA

### **Diseño de Investigación**

Se realizó un estudio de caso único de tipo holístico e instrumental para analizar en profundidad el proceso de psicoterapia breve de una consultante como una aproximación a la orientación evitativa. Se utilizó un método observacional con una estrategia naturalista (ausencia de intervención por parte del investigador) y un enfoque cualitativo que permitiese enriquecer la exploración y descripción clínica del caso (Stake, 2010). Cabe señalar que, este tipo de diseño ha sido trascendental en la historia de la investigación en psicología (Reusaos, 2007), por ser considerado una valiosa herramienta de investigación clínica (Gummesson, 2000). Algunos motivos son: (a) ilustra la complejidad de los problemas específicos del consultante; (b) permite una descripción más detallada y específica de lo que sucede en la interacción terapeuta-consultante; (c) posibilita explorar las cualidades únicas que emergen por intervenciones específicas en la interacción terapeuta y consultante; y (d) comprende los resultados en términos de proceso (Hill, Carter & O'Farrell, 1983).

### **Participantes**

*Consultante:* Es una mujer joven cuya edad oscila entre los 18 y 21 años<sup>4</sup>, estudiante universitaria, soltera y sin hijos. Esta es la primera vez que asiste a psicoterapia y su motivo de consulta fue la sensación de malestar durante los últimos dos meses, lo cual atribuye a un periodo de detención transitoria de las actividades en la universidad, refiriendo pensar mucho en las noches y sentirse triste sin comprender el por qué.

---

<sup>4</sup> No se entregan datos exactos para resguardar la confidencialidad de la consultante.

Fue seleccionada por conveniencia de un grupo de 26 consultantes de psicoterapia que participaron de una investigación mayor (detallada más adelante). Y los criterios de selección fueron principalmente dos: 1. La implementación de intervenciones orientadas al focusing durante el proceso psicoterapéutico y 2. Las puntuaciones obtenidas en la Escala de Apego Adulto Revisada de Collins (1996), las cuales debían ser bajas para las tres dimensiones en comparación a la muestra (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Puntuaciones en AASR de la consultante y de la muestra total*

Dimensiones de AASR	Puntuaciones Consultante	Promedio / Desv. Est. Muestra	Rango Muestral	Valores Mín. - Máx. AASR
Ansiedad	9	17,08 / 6,69	6 - 28	6 - 30
Dependencia	17	19,54 / 4,91	10 - 30	6 - 30
Cercanía	19	21,23 / 4,46	14 - 29	6 - 30

En cuanto al primer criterio cabe señalar que dentro de la investigación mayor había terapeutas rogerianos que hicieron conversación en proceso, y otros que realizaban la secuencia de pasos del focusing propiamente tal (ver Tabla 5 en Anexos). Al respecto, uno de los casos fue desestimado por la no implementación de intervenciones orientadas al focusing, a pesar de ser aquel que obtuvo los puntajes más bajos en las tres dimensiones como se muestra en la Tabla 1 (6 en Ansiedad, 10 en Dependencia y 14 en Cercanía).

Por su parte la consultante seleccionada, cumplió con el primer criterio, y fue quien obtuvo los puntajes más bajos en las tres dimensiones, enseguida del caso mencionado. Y, tal como se aprecia en la Tabla 1, mostró puntuaciones moderadas en las dimensiones de dependencia y cercanía, con puntuaciones algo inferiores al promedio del grupo. Mientras que, su puntaje en ansiedad fue considerablemente bajo respecto de la media grupal, siendo cercano al mínimo en dicha dimensión. En consecuencia, estos valores no permiten establecer de modo contundente una orientación categóricamente evitativa para la consultante, pues, para ello se requeriría de valores que se desvíen más por debajo del promedio en cercanía y dependencia. Sin perjuicio de lo anterior, cabe señalar que los tópicos de la terapia estuvieron centrados en torno a las dificultades en el plano interpersonal (familiar, amistoso y laboral) y el foco central de la terapia estuvo relacionado con dificultades para expresar sus sentimientos a su círculo más cercano (particularmente a su madre). Éstas son temáticas esperables en

orientaciones de apego más inseguras/evitativas, por lo que se considerará como una aproximación para analizar y discutir cómo se pueden poner en juego las dificultades en torno a las intervenciones orientadas al focusing. Y de todos modos, las limitaciones en torno a la selección de la consultante y el grado de representatividad de la orientación evitativa en el apego serán consideradas en el apartado de discusión.

*Terapeuta:* La psicóloga que llevó adelante la psicoterapia, es una mujer de 33 años, Magíster en Psicología Clínica Humanista-Existencial, con formación en Focusing. Cuenta con 9 años de experiencia profesional en el ámbito clínico y participó en la investigación mayor.

Cabe señalar que, ella desconocía la orientación en el apego de la consultante debido a que esta información fue parte del estudio mayor, el cual no incluyó en su diseño incorporar esta información al proceso terapéutico. En este sentido este es un estudio de caso post-hoc que integra la información en apego para estudiar el proceso de psicoterapia.

### **Instrumentos**

Se utilizó la *Escala de Apego Adulto Revisada (AASR)* de Collins (1996) adaptada al contexto chileno por Fernández y Dufey (2015), cuya consistencia interna en la investigación mayor fue apropiada según el alfa de Cronbach: ansiedad (0.87), cercanía (0.74) y dependencia (0.76). En específico, esta escala es un instrumento de auto-reporte con un total de 18 ítems, los cuales se puntúan en una escala del 1 al 5 (de menos a más característico de mí) con una puntuación mínima de 6 puntos y máxima de 30 puntos para cada dimensión (Ver Escala AASR en Anexos).

Por otra parte, se construyó una pauta de observación para la identificación y clasificación de las intervenciones de microprocesos del focusing y también para el posterior análisis de las viñetas donde se implementaron éstas intervenciones. Utilizándose como un instrumento observacional construido Ad-Hoc para este estudio, debido a que no existen instrumentos disponibles y validados previamente para evaluar tipos de intervenciones orientadas al focusing, lo cual es una limitación que será abordada en el apartado de conclusión.

Así, a partir de los conocimientos entregados por la autora Mia Leijssen en su texto "*Focusing Microprocesses*" (1998), donde realiza una descripción detallada sobre la práctica clínica orientada al focusing, se construyó una tabla resumen con los tipos de intervenciones según los microprocesos del focusing, considerando los distintos subtipos de intervenciones y los indicadores de contacto del consultante (Ver Tabla 2):



Tabla 2. *Resumen de las intervenciones orientadas al focusing, sus subtipos y los indicadores de contacto con la experiencia*

Tipos de intervenciones	Subtipos de intervenciones de Microprocesos	Indicadores de Contacto (Tipos de respuestas del consultante)
I. Ayudan a encontrar una distancia adecuada para contactar con la sensación sentida ('ss')	A. Las que dirigen la atención hacia el cuerpo vivenciado B. Las que ayudan a tomar distancia del cuerpo vivenciado B. Las que ayudan a sostener una distancia adecuada D. Despejar un espacio	1. No saber de que hablar 2. Dudar sobre el sentir 3. Buscar significados fuera de sí mismo(a), externos a la persona 4. Estar ahogado(a) con los sentimientos 5. Identificarse con lo sentido perdiéndose a sí mismo(a) ('soy esto que siento') 6. Sentir tensión, incomodidad o aversión con lo que surge del cuerpo vivenciado 7. Perder el contacto con facilidad
II. Guían el proceso de formación de la sensación sentida ('ss')	A. Aquellas que evocan los componentes ausentes de la sensación sentida ('ss') B. Aquellas que facilitan movimiento a través de los componentes de la sensación sentida ('ss')	1. No lograr desplegar espontáneamente los componentes de la sensación sentida 2. Dificultad para experimentar algún componente de la sensación sentida 3. Estar estancado en un componente de la sensación sentida
III. Facilitan la receptividad lidiando con interferencias	A. Las que identifican los caracteres interfirientes B. Las que ayudan a desidentificarse de las interferencias C. Las que exploran la función de las interferencias C. Las que facilitan dar forma a la interferencia E. Las que asignan un nuevo lugar a la interferencia F. Las que toman la parte interferida	1. Voces críticas 2. Voces inseguras o miedosas 3. Voces desconfiadas del otro 4. Voces desesperanzadas 5. Voces impacientes 6. Voces ridiculizadoras 7. Voces culpabilizadoras 8. Voces invalidantes 9. Sentimientos de angustia 10. Racionalización de la vivencia 11. Negación del sentir 12. Risa nerviosa

La categorización de estas intervenciones, surge a partir de las distintas respuestas que pueden entregar los consultantes en sesión, las cuales nos hablan del modo de contacto con su experiencia, y dependiendo de esto, es posible reconocer qué tipo de intervenciones de microproceso realizadas por el terapeuta se necesitan. Ya sea para

facilitar el contacto con la sensación sentida, para guiar el despliegue de los componentes de la sensación sentida y/o para ayudar a lidiar con los caracteres interfirientes. Así mismo, los subtipos de intervenciones orientadas al focusing se proponen en relación a los obstáculos específicos que pueden presentarse eventualmente en cada microproceso, tomando los indicadores de contacto como señales que orientan el quehacer del terapeuta.

Para una mayor comprensión, en la Tabla 6 de Anexos se ejemplifican los subtipos de intervenciones dependiendo del tipo de contacto del consultante.

Por otra parte, otro instrumento observacional construido Ad-Hoc para este estudio, fue aquel que posibilitó el análisis de las viñetas, describiendo las respuestas de la consultante frente a las intervenciones orientadas al focusing realizadas por la terapeuta. Este consideraba dos aspectos primordiales: a) Contenido hablado (cuando se realizan las intervenciones orientadas al focusing) y, b) Modo de expresarse de la consultante. Considerando para este último tres indicadores de análisis:

1. Tipo de lenguaje: Se entiende como el uso de cierto léxico para expresar el contenido hablado, y se distinguen tres tipos de lenguaje: circunstancial (ligado a lo contextual), especulativo (tendencia hacia lo reflexivo y abstracto) u orgánico (referente a lo vivencial abordando sensaciones corporales y aspectos afectivos)

2. Aspectos no verbales: Se consideran aspectos como; la expresión facial, gestos corporales (uso de las manos, piernas y brazos para gesticular), contacto visual tipo de postura y elementos paraverbales (tono, ritmo, volumen de la voz, etc.).

3. Cualidad del sentir: Hace referencia al estado interno desde el cual se habla, el que puede estar asociado a una sensación (tranquilidad, tensión, dolor, etc.), emoción (alegría, rabia, miedo, etc.) o sentimiento (gratitud, culpa, vergüenza, etc.).

### **Tratamiento**

La Psicoterapia Experiencial Orientada al Focusing, es una perspectiva desde la psicología humanista experiencial que surge desde el enfoque centrado en la persona de Carl Rogers. Fue desarrollada por Eugene Gendlin en Estados Unidos, y consiste en prestar atención a la particularidad en cómo los consultantes expresan sus vivencias, trabajando directamente con la sensación sentida en el aquí y ahora, pues, considera la experiencia humana como un proceso corporalmente sentido y en constante interacción con el ambiente (Gendlin, 1992; López, 2018). En palabras de Rogers (1961), “la terapia parece implicar una vuelta a la sensibilidad básica y a la experiencia visceral” (p.103).

En este sentido, focusing es un procedimiento terapéutico desarrollado por Gendlin para enseñar a las personas un proceso experiencial que facilita el acceso a una información especial sobre las vivencias personales, la cual suele estar presente de forma implícita en el cuerpo vivenciado (Leijssen, 1998). Esto, con el fin de mejorar la eficacia y rapidez de los procesos terapéuticos (Gendlin, 1969; Alemany, 2011; citado en López, 2018).

### **Procedimiento**

El presente estudio se basa en el análisis de un material clínico extraído de una investigación mayor en psicoterapia, desarrollada y aprobada por el comité de ética institucional de una universidad chilena. Tanto clientes como terapeutas firmaron un consentimiento informado antes de comenzar el proceso de psicoterapia, en el cual se autorizó el registro audiovisual de las sesiones comprometiendo el resguardo de la confidencialidad. Previo al inicio de la psicoterapia las participantes de la investigación mayor completaron la escala AASR junto con otros instrumentos que no fueron utilizados por el presente estudio. Además, se realizó una entrevista individual a cada una de las participantes para conocer las motivaciones por iniciar un proceso de psicoterapia y definir el grado de adecuación entre sus necesidades y el formato de terapia breve. Puntualmente, la participante de este estudio completó 3 sesiones de terapia de un total de 8 sesiones contempladas inicialmente, realizando un término anticipado del proceso terapéutico sin entregar motivos, no siendo posible comunicarse con ella posteriormente. La frecuencia de las sesiones fue de una vez por semana y entre la primera y la segunda sesión transcurren dos semanas debido a un feriado. La duración de las sesiones fue de 50 minutos en total.

### **Análisis de la información**

En primer lugar, se transcribieron las sesiones de psicoterapia considerando los aspectos verbales y no verbales de la comunicación. Posteriormente, se identificaron las intervenciones orientadas al focusing realizadas por la terapeuta a lo largo de las tres sesiones de psicoterapia y, se clasificaron de acuerdo con el instrumento observacional construido ad-hoc a este estudio, el cual fue descrito anteriormente. Para ello, la investigadora y su profesora guía actuaron como “jueces” reuniéndose en seis oportunidades para revisar las transcripciones de las sesiones, contemplando varias horas de trabajo donde se discutió la aceptabilidad de las intervenciones y se resolvieron las discrepancias sobre a qué microproceso correspondía cada una, para lo cual debía haber un nivel de acuerdo del 100%. Es decir, se encargaron de aplicar rigurosamente

y por primera vez, los criterios de la pauta de observación de los microprocesos del focusing definidos por la autora Mia Leijssen. Luego, se recortaron extractos de las transcripciones y se presentaron a modo de viñetas que ilustran las intervenciones orientadas al focusing realizadas por la terapeuta, considerando las respuestas de la consultante ante éstas intervenciones (modificando ciertos aspectos en las viñetas con el propósito de resguardar la confidencialidad). Además de contextualizar en una breve reseña lo que se estaba hablando en ese momento en sesión. A continuación, se realizó un análisis descriptivo de cada una de las viñetas utilizando el instrumento observacional construido para este estudio, el que incluía: a) Contenido hablado y b) Modo de expresarse. Y por último, se hizo un análisis global de las intervenciones de la terapeuta y las respuestas de la consultante según el microproceso al cual pertenecían. Lo que finalmente permitió realizar una discusión en torno al uso y la implementación de las intervenciones orientadas al focusing en el proceso psicoterapéutico de la presente consultante.

## RESULTADOS

Durante el proceso psicoterapéutico se identificaron un total de 7 intervenciones orientadas al focusing, de las cuales 3 corresponden al microproceso I y 4 al microproceso II, no encontrando ninguna intervención de microproceso III. Su distribución a lo largo de las tres sesiones reflejó un descenso en la cantidad de intervenciones implementadas por sesión, observándose una mayor agrupación en la primera sesión disminuyendo gradualmente en las siguientes (ver Tabla 3).

Tabla 3. *Distribución de las intervenciones orientadas al focusing durante el proceso*

Sesiones de psicoterapia	Cantidad de intervenciones	Tipo de intervención
Sesión 1	4	Intervenciones de microproceso I y de microproceso II
Sesión 2	2	Intervenciones de microproceso II
Sesión 3	1	Intervención de microproceso I

Enseguida se presentan las viñetas que muestran las intervenciones y las respuestas de la consultante ante éstas, acompañadas de una breve reseña inicial que contextualiza la conversación previa a la intervención.

### Intervenciones de Microproceso I:

*Ayudan a encontrar una distancia adecuada para contactar con la sensación sentida*

Reseña: *La consultante refiere ser bien “superficial”, ya que, suele contar hechos o situaciones que le ocurren, pero no como se siente emocionalmente al respecto. Ante esto la terapeuta refleja una sensación de pena que aparece en su expresión facial.*

Viñeta nº1 (Sesión 1):

C46: Si, a mi mamá como que me cuesta más contarle las cosas (*tono de voz bajo y ritmo lento*). O sea (*mira hacia arriba pensativa*) con mis amigos tampoco, con mis amigos también soy como bien superficial (*retoma un volumen más alto y ritmo fluido*) Pero tengo a mi papá, que no es mi papá biológico, y con él de repente como que me explayo un poco más, pero así un poquito (*sonríe y ríe por un segundo, pero enseguida se pone seria, su mirada parece triste y se mueve despacio en el asiento*).

T47: Ya, perfecto. ¿Y qué sientes que te pasa? ¿Cómo que te da penita a lo mejor? [*Subtipo de Intervención Orientada al Focusing: Las que dirigen la atención hacia el cuerpo vivenciado* «Pregunta exploratoria sobre una emoción en el aquí y ahora»]

C47: (*Se pone nerviosa, mira hacia el lado, ríe y frota las manos sobre sus piernas*). O sea, ¡Sí! Me cuesta un poco con mi mamá porque somos como bien diferentes (*voz aguda, sigue frotando las manos sobre sus piernas con mayor velocidad*). Y en realidad, ella siempre tiene prejuicios y cosas (*sus ojos se humedecen, tono más rosado en las mejillas y se quiebra la voz*). Así que por eso trato de contarle la menos cosas posibles para que no discutamos (*ojos cada vez más húmedos*). O sea, hubo un tiempo en el que le contaba todo (*habla rápido*), y discutíamos hartito y eso (*le cae una lágrima*).

T48: ¿Tu quizás te sientes como criticada? [Autochequeo]

C48: (*Se seca el rostro con su mano*) Sí, o sea ahora ya no, pero (*habla rápido y hace una breve pausa*) como entre los 15-18 más o menos sí (*voz aguda, sus ojos aún están húmedos*)

T49: Ya. Como que tú le contabas, como que te abrías, y no te sentías cómoda con la recepción de ella

C49: (*Asiente con la cabeza mientras se seca las lágrimas*) Sí, ahora no, porque viajé una semana y mi mamá trata como de no pelear conmigo así que... (*ríe*)

T50: Ah, ya

C50: Así que andamos bien. Y eso (*tono de voz cortante y seco. Se pone seria*).

A partir de la viñeta anterior, es posible observar lo siguiente:

- a) Contenido hablado: Se distinguen dos temas principales; 1. La metáfora de la superficialidad ligada a la dificultad para expresar 'sus cosas', es decir, lo que le pasa internamente. Lo cual ocurre de manera transversal en sus relaciones interpersonales más cercanas (su madre, padre y amigos), y, 2. Experiencias pasadas dónde ella contaba 'sus cosas' y ello ocasionó reiteradas discusiones puntualmente con la madre a propósito de sus diferencias. Sintiéndose incómoda y criticada al abrirse, decidiendo dejar de hablar de estos temas y así evitar conflicto.
- b) Modo de expresarse:
1. *Tipo de lenguaje*: Se observa que la consultante usa un lenguaje circunstancial, puesto que, el relato gira en torno a lo contextual, abordando los motivos de por qué le cuesta contar sus cosas, refiriéndose a lo conflictivo que esto se torna con la madre. En ello, deja fuera lo que le pasa a nivel interno, pues, no se detiene a hablar sobre la pena que esta situación al parecer le provoca.
  2. *Aspectos no verbales*: Se evidencia cierto grado de nerviosismo reflejado desde un inicio de la viñeta, donde la consultante emite una risa nerviosa y una sonrisa que rápidamente se transformó en una expresión facial de seriedad. Además, se notó una mirada que parecía triste, y al mismo tiempo, comenzó a moverse sutilmente como si se acomodara mejor en el asiento. Luego de la intervención, la consultante desvió la mirada y comenzó a frotar sus manos sobre sus piernas (aumentando cada vez más la velocidad), mostrando lo inquieta que se sentía. Finalmente cierra el tema con un tono seco y serio.
  3. *Cualidad del sentir*: Se podría decir que la consultante habla desde una gran pena que se percibe principalmente en aspectos no verbales como; sus ojos humedecidos a lo largo de toda la viñeta, el uso de un tono agudo, el quiebre en la voz y la lágrima que derrama durante el dialogo. Además, se aprecia que esta pena se entremezcla con nerviosismo posiblemente por la incomodidad observada frente a poder sentir aquella emoción que venía en ese momento.

*Reseña*: Luego de una primera sesión intensa, donde la consultante aborda varios temas complejos que la hacen llorar, la terapeuta cierra la sesión con una última pregunta referente al espacio de terapia en sí mismo.

Viñeta nº2 (Sesión 1):

T231: ¿Cómo te sentiste acá contando estas cosas en esta primera sesión?

[Subtipo de Intervención Orientada al Focusing: Las que dirigen la atención hacia el cuerpo vivenciado «Pregunta orientada a explorar sentimientos y sensaciones internas, volcando la mirada hacia sí misma»]

C231: Ehm, bien (*tono de voz suave, sonrío achinando sus ojos y río*).

T232: ¿Bien?

C232: (*Asiente con la cabeza*) Ahora me siento como (*lleva su mano a su pecho por unos segundos*) como un poco aliviada (*sigue sonriendo*)

T233: Como un poco más aliviadita, ya.

Si bien la viñeta es breve en términos verbales, es posible observar lo siguiente:

- a) Contenido hablado: La consultante refiere una sensación corporal presente de alivio respecto a la primera sesión, sin explayarse más allá.
- b) Modo de expresarse:
  1. *Tipo de lenguaje*: La consultante no desarrolla un relato que centre la atención en el cuerpo específicamente, solo menciona sentir de forma puntual una sensación en el aquí y ahora. Por esto último, podríamos hablar de un lenguaje orgánico, aunque de modo bastante precario dada a la escasa profundización sobre la sensación.
  2. *Aspectos no verbales*: Se puede destacar una congruencia entre la expresión facial de la consultante y la sensación dicha explícitamente, pues, se observa una genuina sonrisa y una mirada risueña que la hace parecer más tranquila al final de la sesión. También es posible señalar el gesto de llevar su mano al pecho como una zona corporal donde podría haber sentido aquel alivio.
  3. *Cualidad del sentir*: Se menciona directamente como alivio, que podría estar ligado al desahogo como un modo de sentirse con menos carga, más liviana.

Reseña: La consultante refiere haber trabajado durante todos los días de la semana (de lunes a lunes) además de estudiar para pruebas de la universidad, lo cual ha provocado mucha tensión a nivel corporal.

Viñeta nº3 (Sesión 3):

T49: ¿Sientes tensión corporal ahora por ejemplo? [Subtipo de Intervención Orientada al Focusing: Las que dirigen la atención hacia el cuerpo vivenciado «Pregunta orientada a realizar un autochequeo de sensaciones corporales»]

C49: Sí, sí (*asiente con la cabeza*). Por ejemplo, ahora me duele como la cabeza (*lleva su mano a la frente y cierra los ojos*) y me duele mucho acá (*hace una breve pausa tocándose los hombros con las manos y los comienza a mover en círculos*), acá como en los hombros (*luego deja caer sus manos sobre sus piernas*). O quizás (*mueve los ojos hacia los lados*) me estoy quejando mucho. '¡Ah!' (*usa un tono de broma, con volumen moderado, se tapa la boca con la mano y ríe moviendo sus pies*)

T50: No, no, no. Me imagino que es lo que sientes

C50: (*Asiente y agacha la cabeza bajando la mirada. Después se toca el cuello por la espalda y aprieta los labios. Muy atenta a la terapeuta*)

T51: ¿Y te has dado un ratito como para poder mirar eso?

C51: (*Mira a la terapeuta*) O sea no, porque me pasa como del viernes (*pausa*). Y hoy día dormí como un poco más, así que (*pausa*). Es que igual el viernes ya con las pruebas (*pausa*), llega como mi punto (...), así como mi pick de cansancio (*ritmo de habla normal, con voz amable*)

De acuerdo con la viñeta podemos apreciar lo siguiente:

- a) Contenido hablado: La consultante menciona una sensación corporal presente de tensión y de dolor, señalando diferentes zonas del cuerpo (cabeza y hombros), lo cual asocia al cansancio acumulado de la semana. No obstante, después de reconocer sus sensaciones bromea con ellas reduciéndolas en una queja exagerada.
- b) Modo de expresarse:
  1. *Tipo de lenguaje*: La consultante usa en principio un lenguaje organísmico centrándose en sus sensaciones corporales en el aquí y ahora, localizándolas en distintas zonas del cuerpo incluso. Sin embargo, se aprecia un momento de freno, donde minimiza su sentir como una exageración y vuelca su respuesta hacia un contenido más contextual sobre como se desarrolla su semana, usando un lenguaje más circunstancial.
  2. *Aspectos no verbales*: La tensión señalada se observa en la misma sesión con constantes gestos corporales de incomodidad tocando y moviendo hombros, cuello, y cabeza. Más aún, al mismo tiempo minimiza su sensación con gesto de duda reflejado en el movimiento de ojos hacia los lados, un tono de chiste, una risa nerviosa, apretar labios y un movimiento inquieto de pies. Ahora, a pesar del cansancio mantiene una actitud activa y atenta hacia la terapeuta lo que se



aprecia en respuestas rápidas, constante contacto visual, tono de voz con volumen moderado y ritmo de habla normal.

3. *Cualidad del sentir*: Es referida al final del dialogo como cansancio, y de acuerdo con la viñeta se podría caracterizar como un agotamiento físico que incluye sensaciones corporales molestas como tensión y dolor.

### **Análisis Global de las Intervenciones de Microproceso I**

Las tres intervenciones orientadas al focusing que intentaron ayudar a encontrar una distancia adecuada para contactar con la sensación sentida, correspondieron al subtipo de intervención que *'dirige la atención hacia el cuerpo vivenciado'*. Caracterizándose por ser preguntas abiertas orientadas a explorar sentimientos y sensaciones corporales presentes, con una actitud curiosa para conocer aquello que afecta a la consultante. Más aún, no se profundiza por parte de la terapeuta ni la consultante, quedando en intervenciones de carácter muy preliminar, logrando que la consultante vuelque la mirada hacia sí misma sólo hasta cierto punto.

Respecto a la pauta de observación es posible señalar:

- a) Contenido hablado: La consultante cuenta algunas experiencias que entregan ciertas luces respecto de cierta dificultad para expresar 'lo que le ocurre internamente': Experiencias de adolescencia dónde en reiteradas ocasiones no tuvo una recepción acogedora por parte de la madre principalmente (figura de apego), implicando limitar la expresión de sus sentimientos para evitar generar un potencial conflicto (*viñeta 1*). Por otra parte, su sentir respecto al espacio psicoterapéutico en sí mismo, refiriendo una sensación de bienestar traducida en alivio (*viñeta 2*), posiblemente por una especie de catarsis al poder expresar temas que la conectaron con experiencias sensibles de su historia vincular. Y también la minimización de su cansancio, no percibiendo sus propios límites y de algún modo inflando su imagen negando la propia vulnerabilidad.
- b) Modo de expresarse, los tres indicadores dieron cuenta de varias cuestiones importantes. En primer lugar, se observó predominantemente un lenguaje circunstancial, el cual podría estar relacionado con la superficialidad nombrada por la consultante, en el sentido de lo que cuenta y cómo lo cuenta (sin profundidad ni conexión experiencial). Dado que, frecuentemente pone foco en lo contextual sin ir más lejos, eludiendo la verbalización de sentimientos vinculados a lo que relata. Y, si bien nombra sensaciones corporales las refiere solo tangencialmente sin una exploración, por lo que, no se considera realmente un lenguaje de tipo organísmico. En segundo lugar, en cuanto a los aspectos no verbales se evidenció gran protagonismo, pues, revelaron la

intensidad emocional con la cual la consultante sintonizó en distintos momentos de la terapia, evidenciando como fue transitando por distintos estados (actitud de distancia, intensidad abrumadora y desconexión). Ahora bien, la elaboración simbólica de estos aspectos no aparece tan desarrollada e incluso la consultante pareciera intentar tomar distancia de lo que emergía del cuerpo vivenciado mediante estrategias corporales casi automáticas (activadas con mucha rapidez frente a la angustia), como por ejemplo; reírse, bromear, sacudirse levemente en el asiento y optar por una postura y expresión facial de seriedad y un tono seco cortando el tema. Esto no es explorado por la terapeuta. En tercer lugar, respecto a la cualidad del sentir se podría mencionar tres estados desde los cuáles la consultante habla: i) Un sentimiento de pena entremezclado de nerviosismo e incomodidad, ii) Una sensación de alivio referida a una especie de descarga o desahogo, y iii) La sensación de cansancio producto de un agotamiento físico y mental por una alta carga (sin ningún día de descanso semanal).

### **Intervenciones de Microproceso II:**

*Guían el proceso de formación de la sensación sentida*

Reseña: *La consultante vive temporalmente en casa de familiares por temas de estudio y enfrenta una difícil situación económica con mucha angustia. Más aún, refiere querer “arreglárselas sola”, rechazando el apoyo monetario por parte de la madre.*

Viñeta nº1 (Sesión 1):

T166: *¿Y qué te pasa con el hecho de poder recibir eso [ayuda]? ¿Qué te pasa a ti con eso? [Subtipo de Intervención Orientada al Focusing: Aquellas que evocan los componentes ausentes «Pregunta orientada a explorar el sentir»]*

C166: *(Sus ojos están húmedos y sus mejillas tienen un color rosado fuerte, se rasca con sus dedos bajo su ojo y comienza a hablar) O sea, es que, por ejemplo (usa un tono de voz bajo, un ritmo lento y aprieta sus labios al terminar). Ehm (...) (hace una breve pausa, se rasca bajo su ojo, mira hacia arriba, vuelve apretar sus labios y hace el gesto de tragar). Yo me vine así con toda la pelea (habla rápido), ehm (...) (se detiene y quiebra la voz) que tuvimos (voz aguda, disminuye su volumen de voz y muestra tristeza en sus ojos humedecidos).*

T167: Ya (...)

C167: *(Se seca las lágrimas con un pañuelo). Toda la pelea que tuvimos ese mes (habla rápido). Entonces yo he querido pedirle la menor plata posible (se seca las lágrimas),*

por ejemplo, a veces ella me deposita igual sin preguntarme (...) *(se muestra enojada y molesta en su tono de voz serio, hace un gesto facial levantando una ceja, y un movimiento de hombros brusco)* y a mí no me gusta porque yo le digo: “¡Yo me fui!, ¡Yo tengo plata!” *(Habla rápido con voz aguda)*. O sea, estos meses tenía yo plata por la beca *(retoma un ritmo normal con voz más grave y se seca las lágrimas)*, y por eso no me gusta pedirle *(baja el tono de voz, se tapa la boca al hablar)*. No me gusta que (...) se esfuerce más ella *(se quiebra la voz)*.

A partir de la viñeta anterior, es posible observar lo siguiente:

- a) Contenido hablado: La consultante refiere una pelea que tuvo con la madre [el mes previo a irse de su hogar] y que por eso le ha querido pedir la menor ayuda posible. Mencionando además su disgusto a que la ayude sin consultarle previamente, ya que, dice no necesitarlo [a pesar de no ser cierto]. Finalmente, agrega que no le gusta que se esfuerce más ella.
- b) Modo de expresarse:
  1. *Tipo de lenguaje*: Se aprecia el uso de un lenguaje circunstancial, pues, la consultante se enfoca en relatar una situación particular contando lo que ella dice explícitamente a la madre, nombrando sólo superficialmente un sentimiento de desagrado (usando tres veces la frase: “no me gusta”). Vale decir, habla de las razones de su disgusto más no profundiza ni explora en las emociones vinculadas a ello.
  2. *Aspectos no verbales*: Se observa dificultad para comenzar a hablar, apreciada en el preámbulo dubitativo donde usa un ritmo lento, tomando varias pausas, se rasca bajo el ojo, mira hacia arriba, apreta sus labios y hace el gesto de tragar. Todo ello, al mismo tiempo que expresa tristeza en sus ojos humedecidos, y ya luego quiebra la voz comenzando a llorar, usando un pañuelo para secar sus lágrimas. Por otra parte, también se evidencia enojo con un tono de voz serio, un gesto facial levantando la ceja y un movimiento de hombros brusco.
  3. *Cualidad del sentir*: En la viñeta se identifican dos emociones que emergen al responder “lo que le pasa”, éstas son: pena y rabia. La primera relacionada con el recuerdo de la pelea con la madre, y la segunda vinculada al hecho de que la madre le deposite dinero sin consultarle, según lo observado.

Reseña: La consultante refiere que el hecho de no poder expresar su sentir a los otros provoca que explote alejándose de los demás, sin que nadie sepa el motivo. Y si bien piensa que se puede evitar hablando, no puede hacerlo y cuando lo hace llora.

Viñeta nº 2 (Sesión 1):

C75: Sí. O sea, si hay cosas más profundas, siempre *(pausa)* tiendo a llorar *(tono de voz bajo y agudo, se quiebra la voz al final, sonrío y río por un segundo moviendo los hombros. Parece no lograr sostener la sonrisa, sus labios tiritan levemente, muestra un gesto facial de pena, con ojos húmedos y luego se pone seria)*

T76: Tiendes a llorar, ya

C76: *(Asiente con la cabeza, se seca las lágrimas con un pañuelo, inhala profundo y expira, y después se pone seria)*

T77: Ehm *(pausa)*, bueno ahí es como que te estás contactando. Cuando nosotros lloramos es una forma de contacto con nuestra experiencia, ¿Ya? [Psicoeducación]

C77: *(Asiente con la cabeza, su expresión facial expresa una mezcla de pena y miedo, y pone mucha atención haciendo contacto visual con la terapeuta)*

T78: Ehm, tú sientes que cuando (...) y quizás podemos aprovechar ahora mismo porque esto está como vivo ¿no?, está como fresquito, porque cuando nosotros lloramos estamos como sintiendo cosas ¿o no?

C78: ¡Sí! *(sonríe, río fuerte y asiente con la cabeza)*

T79: ¿Sientes que lo que te pasa en estos momentos internamente se vincula con cosas de tu vida? Como de quién eres ¿Aparecen temas o como imágenes? [Subtipo de Intervención Orientada al Focusing: Aquellas que evocan los componentes ausentes «Pregunta exploratoria de símbolos/imágenes»]

C79: Eh. *(Hace una pausa, mira hacia arriba pensativa, aprieta los labios)*. En realidad, sí, como que siempre recuerdo como que hartas veces me pasa esto *(habla con una sonrisa en la cara)*, o sea que me pase lo mismo *(se quiebra la voz, sus ojos se humedecen)*. Por ejemplo, no sé, cualquier vez que trate de hablar con mi mamá o con cualquier persona me pongo a llorar *(tono de voz muy agudo, se quiebra la voz y termina la frase quedando sin aire. Además se observa mucha pena en su rostro)*, como que recuerdo eso *(ritmo de habla normal)*. Porque son tan pocas veces las que hablo de mí que *(mueve su mano al hablar en forma de explicación, sus ojos están húmedos)*, o es tan lejano que *(voz aguda)*, como que empiezo a recordarlo altiro *(habla rápido, aprieta los labios, se mueve inquieta en el asiento, se rasca la nariz)*

T80: Y lo más que recuerdas es que esto te ha pasado otras veces

C80: ¡Sí! *(Asiente con la cabeza)*

De acuerdo con la viñeta presentada es posible señalar:

- a) Contenido hablado: La consultante refiere principalmente que cada vez que intenta expresar su sentir llora, señalando además que el hecho de abrirse a hablar de sí misma es una experiencia poco usual en ella.
- b) Modo de expresarse:
1. *Tipo de lenguaje*: Se puede apreciar que la consultante utiliza un lenguaje circunstancial relatando sus recuerdos de forma muy somera con un estilo de respuestas cortadas; con muchos silencios y escasos detalles.
  2. *Aspectos no verbales*: Se observa cierta dificultad para expresar su sentir evidenciada en varias pausas y silencios al hablar (asintiendo solamente con la cabeza), el uso de un tono de voz agudo con volumen bajo y movimientos inquietos en el asiento. Además de realizar respiraciones profundas intentando ponerse seria, apretando los labios e intentando sostener una sonrisa que pareciera disimular la pena que se aprecia facialmente, con ojos humedecidos, lágrimas que seca con un pañuelo y el quiebre de la voz.
  3. *Cualidad del sentir*: Si bien hay una clara intensidad emocional relacionada con la tristeza que experimenta y refleja en sus ojos húmedos, lágrimas, el quiebre en la voz o quedar sin aire al hablar, también aparece la incomodidad como cualidad central del sentir de la consultante. Ello se observa en la actitud inquieta al moverse en el asiento, rascarse la nariz, apretar labios, hablar rápido, y en respiraciones profundas donde parece intentar tomar una postura donde se muestre menos sensible y/o afectada. Por último, es importante señalar que a pesar de la dificultad la consultante se muestra colaborativa y muy atenta con la terapeuta.

Reseña: La terapeuta habla sobre la importancia de mantener una cierta periodicidad en las visitas que hace la consultante a su familia, dado que, se veía afectada por ello. No obstante ella prioriza el trabajo y el estudio, y dice abstenerse de ir hasta el verano.

Viñeta nº3 (Sesión 2):

T92: Ya súper. Y ese plan que tienes, ¿A nivel emocional cómo te suena? [*Subtipo de Intervención Orientada al Focusing*: Aquellas que evocan los componentes ausentes. «Autochequeo del componente emocional de la sensación sentida»]

C92: ¿[el plan] De Febrero? (*se rasca la parte del mentón lentamente*)

T93: O sea ahora como del año digamos ¿No?

C93: Ehm (*se rasca rápido el mentón*). O sea, es que (*mira hacia el lado pensativa*) para mi este es el primer año donde hay que sobrevivir entre comillas (*vuelve a mirar hacia el lado*). Porque ya este año postulé al Hogar [universitario] y como que ya hay más posibilidades de que me lo den el otro año (*mueve las manos de forma inquieta, usa ritmo fluido y volumen alto*)

T94: Perfecto

C94: No me lo dieron ahora porque mi carrera estaba con las actividades paralizadas, y como que se aseguraron de no dar cupos. Entonces como ya pasamos el primer semestre, o sea (*mira hacia arriba*), me dicen que hay más probabilidades de que me den cupo (*mueve las manos de forma explicativa, ritmo fluido y volumen alto*)

T95: Ah entiendo

C95: Entonces, como que este año igual tengo mis altos y bajos (*mira hacia el suelo*), pero igual trato de aguantar porque pienso que va a ser solo este año. Y después pienso que me darán el hogar (*hace un sonido de forma burlesca*), y ahí ya es todo más tranquilo, se paga menos, e incluso podría dejar de trabajar, porque la beca me cumple con la cuota del hogar (*mantiene un ritmo fluido al hablar con un volumen alto*). Entonces ahí (...) o sea, yo pienso que estaré más tranquila porque siempre pienso en cosas y después pasan más o menos (*sonríe y ríe al final*)

T96: Claro a veces las cosas no son (...)

C96: Si, pero (...) es como lo que siento (*mira hacia abajo*). Como que este año es el más pesado (*vuelve la mirada hacia la terapeuta*)

Respecto a la viñeta anterior, es posible observar lo siguiente:

- a) Contenido hablado: La consultante comenta su visión respecto del primer año universitario sintiendo que es “el año más pesado”, lo cual traduce en términos de tener que sobrevivir y aguantar. Y si bien reconoce un estado anímico con altos y bajos, refiere tener la esperanza de mejores condiciones para el próximo año.
- b) Modo de expresarse:
  1. *Tipo de lenguaje*: Si bien la terapeuta es bastante explícita en su pregunta, el contenido que aborda la consultante dista bastante de referir como resuena emocionalmente con el plan, más bien, relata desde una posición descriptiva lo que ella piensa sobre el primer año de universidad. Por consiguiente, podemos decir que se hace uso de un lenguaje circunstancial, nombrando superficialmente un estado anímico cambiante.

2. *Aspectos no verbales:* En general la consultante mantiene un volumen de voz alto y un ritmo fluido, haciendo contacto visual. Entre los gestos que más se destacan son aquellos en los que se muestra pensativa mirando hacia arriba o al lado, además de rascarse el mentón.
3. *Cualidad del sentir:* Es posible observar que el lugar desde donde la consultante habla está ligado a la calma, pues, se muestra tranquila refiriendo lo que piensa, en una especie de aceptación de que se viene una carga pesada que sostener durante un tiempo.

*Reseña:* La consultante dice sentirse más irritable los últimos días en la universidad, mencionando una situación puntual de trabajo grupal donde tuvo conflictos por dificultad para llegar a acuerdo lo cual la hizo explotar. Y aclara que su forma de explotar no es a base de insultos, sino que, dejando de hacer cosas, lo que llama "actos de omisión".

Viñeta nº4 (Sesión 2):

C112: Como que 'implosiono' más que explosiono (*ríe y se rasca la boca*)

T113: Y ahí es como, ¿Dejas de hacer porque estás desde la rabia? ¿Cómo te sientes internamente? [*Subtipo de Intervención Orientada al Focusing: Aquellas que evocan los componentes ausentes «Autochequeo interno»*]

C113: (*Se rasca la boca y luego el mentón*) Sí, casi siempre es rabia (*tono de voz bajo, mira hacia arriba pensativa*)

T114: Ya

C114: Si, o sea, por ejemplo, mi sentimiento más frecuente así a nivel general es la rabia (*se toca las manos, usa un tono de voz alto*). Y la rabia igual como que me desencadena como (*mira hacia abajo, se toca las manos, y hace una breve pausa*) como llanto. ¡Algunas veces! (*levanta las cejas y mira a la terapeuta*). Por ejemplo, la semana pasada fue como llanto, o alejarme (*pausa*), o cosas así. Como que nunca son como cosas de garabatear, ni decirle algo al otro, ni pegarle, ni nada

T115: Si, si claro

C115: (*Se muestra pensativa, nerviosa, se rasca bajo el ojo, la ceja, y observa temerosa*). O por ejemplo, cuando discutía con mi mamá y estaba enrabiada siempre lloraba. Pero no porque estuviera triste (*voz aguda, mira a los lados*) sino porque tenía rabia (*se toca el entrecejo, observa temerosa a la terapeuta, y luego se tapa la boca*)

T116: Claro ahí puede ser una mezcla igual, a veces las emociones aparecen medias mezcladas

C116: O sea según yo es rabia (*se apunta con el dedo a sí misma y ríe*) no sé (...) O sea, yo por ejemplo cuando estoy triste (*se rasca el mentón y mira hacia arriba pensativa*) yo siento que no, no es así

T117: Claro, cuando sólo triste

C117: Cuando estoy triste estoy como (*mira hacia arriba y toma las manos*), estoy como (*frota las manos*) como un globo a punto de reventar (*hace una expresión de apertura con las manos*) cuando estoy triste. Pero cuando estoy enrabiada, ehm (*frota las manos y cierra los ojos, actitud nerviosa*) ahí como que lloro de repente o (*vuelve hacer el gesto con las manos, se toca una oreja y hace una breve pausa*) o (...) omito.

T118: Perfecto. Cuando dices omito ¿Es esto que dices de no seguir haciendo las cosas que tienes que hacer o algo así?

C118: (*Se toca el entrecejo, luego aplasta fuerte sus mejillas hasta llegar a la boca, se tira el labio, luego aprieta los labios y se rasca el mentón rápido*) Sí

T119: ¿Necesitas como alejarte cuando estas en rabiada?

C119: Si (*se rasca el mentón y se muerde las uñas con actitud nerviosa*)

Respecto a la viñeta anterior, es posible observar lo siguiente:

- a) Contenido hablado: La consultante relata como se siente internamente respecto a dos emociones, siendo la rabia la emoción que más suele sentir. Hace una distinción señalando que, cuando esta triste se siente como un globo a punto de reventar, y cuando está enojada llora u omito. Es decir, se abruma o deja de hacer las cosas que está haciendo en esos momentos alejándose de las personas. Además añade que siempre cuando discute con la madre termina llorando por la rabia que siente.
- b) Modo de expresarse:
  1. *Tipo de lenguaje*: Es posible observar un lenguaje que se aproxima al tipo organísmico, puesto que, la consultante centra el contenido en emociones (la rabia principalmente) describiendo como las siente internamente, no obstante, no parece prestar atención al cuerpo vivenciado directamente. Es decir, se abordan emociones pero desde un lugar narrativo usando metáforas, pero sin conectar con ellas en el momento presente.



2. *Aspectos no verbales*: La consultante se observa pensativa en varios momentos realizando algunas pausas, rascándose el mentón y mirando hacia arriba. Además es posible apreciar que en los momentos donde se habla de lo que le ocurre cuando siente rabia suele ponerse nerviosa, mirando hacia abajo, rascándose el ojo, la ceja y entreceja, frotando las manos, cerrando los ojos, apretando labios y mordiéndose las uñas.
3. *Cualidad del sentir*: A través de los aspectos no verbales es posible apreciar que la consultante habla desde cierto nerviosismo y temor (observado específicamente en la mirada). Esto suele observarse generalmente cuando se refiere a la emoción de la rabia.

### **Análisis Global de las Intervenciones de Microproceso II**

Este tipo de intervención orientada al focusing que pretende guiar el proceso de formación de la sensación sentida fue la que se identificó en mayor número a lo largo del proceso de psicoterapia, en total 4 intervenciones. Todas correspondieron al subtipo de intervención que *‘evoca los componentes ausentes’*, evidenciando la necesidad de facilitar un proceso que la consultante no realiza de manera espontánea. Dado que, en las cuatro viñetas fue posible apreciar que el componente desde el cual la consultante se expresa es “la situación vivenciada”, necesitando ser guiada por la terapeuta para explorar otros componentes de la sensación sentida. En cuanto a las intervenciones realizadas por la terapeuta, se caracterizaron por ser preguntas exploratorias y de autochequeo, cuyo carácter fue más bien preliminar, intentando favorecer que la consultante pudiese contactar y relacionarse en algún grado con sentimientos e imágenes (símbolos), pero sin mayor insistencia y profundización.

Respecto a la pauta de observación es posible señalar:

- a) Contenido hablado: La consultante mencionó un conflicto con la madre y disgusto ante la ayuda económica tomando una postura de autosuficiencia, a su vez habló de la inusual experiencia de expresar lo que siente, desbordándose generalmente en llanto, sobre la percepción respecto del año traducida en sobrevivencia sin considerar límites emocionales ni físicos, y por último realizó una diferenciación entre las sensaciones producidas por dos emociones (rabia –implosión- y pena –explosión-).
- b) Modo de expresarse: Los tres indicadores observados tuvieron nuevamente gran protagonismo dando cuenta de varias cosas. En primer lugar, se usó preferentemente un lenguaje circunstancial, observando sólo en una viñeta una aproximación a un tipo

de lenguaje más organísmico, pues, centró el contenido en la descripción de cómo siente internamente dos emociones (rabia y pena), siendo ésta la única vez que habló directamente de aspectos emocionales a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico. Más aún, lo hizo desde cierta distancia no volcando la atención en el cuerpo vivenciado ni tampoco conectando con éstas en el momento presente. En segundo lugar, los aspectos no verbales evidenciaron cierta dificultad por parte de la consultante para expresar su sentir, apreciada en preámbulos dubitativos, rascarse el mentón, mirar hacia los lados, usar un ritmo lento tomando varias pausas y haciendo silencios. Además de observar de manera reiterada cierto nivel de nerviosismo cuando la terapeuta pregunta por lo emocional, apretando los labios, mordiéndose las uñas y haciendo movimientos inquietos en el asiento. También, lo no verbal permitió reconocer que la consultante se conectó emocionalmente con una intensa pena expresada en sus ojos húmedos, algunas lágrimas y el quiebre de la voz, la cual intenta disimular mediante una sonrisa o un gesto facial serio. En tercer lugar, la cualidad del sentir evidenció que la actitud predominante es de nerviosismo e incomodidad a la hora de desplegar especialmente el componente emocional, lo que posiblemente se relaciona con colocar a la consultante en un lugar de autoexploración donde es difícil de estar. Y, si bien las intervenciones de microproceso II realizadas por la terapeuta, no alcanzaron a guiar por completo el proceso de formación de la sensación sentida, dieron luces sobre la necesidad de trabajar con el componente emocional requiriendo una especial actitud de focusing que empatice con las dificultades apreciadas.

### **Intervenciones Psicoeducativas de Carácter Emocional**

Si bien el propósito del presente estudio es caracterizar el modo de implementación de las intervenciones orientadas al focusing, parece relevante reconocer y destacar la importancia de un tipo de intervención distinta observada durante el proceso de psicoterapia. Esto por los siguientes motivos: 1. Se realiza un uso recurrente de intervenciones psicoeducativas de carácter emocional por parte de la terapeuta, en total 20 a lo largo de tres sesiones, 2. El carácter emocional tiene sentido en el trabajo clínico con una consultante que posee dificultades en el contacto afectivo, ayudando a identificar, experimentar, expresar, dar sentido y manejar de mejor manera las propias emociones, 3. Su empleo podría entregar luces de una relación estrecha con la implementación de las intervenciones orientadas al focusing en este tipo de consultantes, 4. Refiere una particularidad pedagógica en el estilo psicoterapéutico

desarrollado por la terapeuta que focaliza la atención en el sentir organísmico de la consultante, siendo coherente con un marco experiencial orientado al focusing.

A modo de ilustración, enseguida se exponen tres cuadros que muestran algunas de las intervenciones psicoeducativas realizadas por la terapeuta:

[Intervención Psicoeducativa: *La expresión de las emociones*]:  
 (...) el llanto es una expresión emocional de que algo nos está pasando. Entonces si nosotros le damos un poquito de espacio, quizás tú conocer que te pasa en esos momentos, ¿Mh? *(usa un tono de voz suave y resalta algunas palabras mediante la entonación)*. Pero en sí no es algo malo ¿Ya? *(ríe)*

[Intervención Psicoeducativa: *Reconocimiento de los límites emocionales*]:  
 Cuando las personas nos exponemos a situaciones que van más allá de nuestros límites, a veces como límites emocionales ¿No? Es importante tomar ciertos resguardos (...) porque a veces el aguantar nos trae consecuencias ¿No? (...) porque racionalmente, y quizás material y contextualmente, ¡Claro! Es lo que tienes que hacer ¿No? ¡Obvio! Pero el lado interno y la emocionalidad no se rigen por la misma ley por así decirlo. *(Ríe despacio)*

[Intervención Psicoeducativa: *El sentido emocional en experiencias que se repiten*]:  
 Entonces cuando te queda [la sensación] hay que conocer que te pasa a ti. (...) Como experiencia general, cuando quedamos con algo que no se zanjó en alguna interacción, es porque nos está pasando eso todavía, y eso tiene un sentido. No es que esté mal, ¿Sí? *(ríe)* (...) tiene un sentido a nivel emocional, cosa que a veces no es tan fácil captar ¿Sí?

Todo lo anterior, se desarrolla en un contexto donde se presentan asperezas con el mundo emocional por parte de la consultante, quién explícitamente señala: “Y no sé, no me gustan esas sensaciones de estar con un sentimiento *(se toca el pecho con la mano)*, me gusta estar siempre neutral *(vuelve a llevar la mano al pecho)*”. Lo que presume una especie de reticencia e inquietud a conectar con las emociones o sensaciones corporales que la saquen de aquel estado neutro que menciona.

## DISCUSIÓN

El presente estudio, cuyo objetivo general es caracterizar el modo de implementación de las intervenciones orientadas al focusing en la psicoterapia experiencial breve de una consultante con una aproximación a la orientación evitativa

de apego, identificó una cantidad de 7 intervenciones orientadas al focusing agrupadas en su mayoría en la primera sesión de psicoterapia.

Respecto del primer objetivo específico, fue posible apreciar una intención temprana por parte de la terapeuta en realizar aproximaciones a centrarse en la experiencia corporalmente sentida de la consultante, más aún, también se evidenció un claro descenso en el uso de las intervenciones de microprocesos del focusing a lo largo de las sesiones. Al respecto, se podría hipotetizar que fue producto de una apreciación clínica por parte de la terapeuta, que al reconocer ciertas dificultades de la consultante opta por un acercamiento más cuidadoso y gradual que poco a poco de lugar a mayor complejidad y profundidad. Lo que sería coherente con los hallazgos de Daly y Mallinckrodt (2009) respecto de manejar inicialmente una distancia terapéutica mayor en consultantes que tienden hacia un apego evitativo/inseguro, pues, les posibilita sentirse más cómodos, y con ello, conseguir la adhesión al tratamiento (ver Figura 1 en Anexos). Por tanto, sería un elemento importante a considerar en el modo de implementación de las intervenciones de microprocesos del focusing.

Por otra parte, se identificaron un gran número de intervenciones psicoeducativas de carácter emocional, y sobre esto se podría pensar que fue un modo en el cual la terapeuta intentó preparar el terreno hacia un proceso experiencial, entregando nociones sobre la relevancia de la esfera emocional. Funcionando en cierto modo, como una herramienta que introduce y fomenta un lenguaje organísmico, y da confianza para expresar sentimientos y contactarse con las experiencias sentidas en el cuerpo. Favoreciendo una mirada del espacio psicoterapéutico como un lugar seguro, con otro responsivo y disponible para escuchar el sentir del consultante, enseñando una actitud de focusing imprescindible para llevar adelante procesos de autoexploración.

En relación al segundo objetivo específico podemos decir lo siguiente: Las intervenciones de microproceso I y II, se caracterizaron por ser oportunidades para la autoobservación y autoexploración con un carácter bastante preliminar, pues, en general fueron preguntas abiertas orientadas a explorar sentimientos, sensaciones corporales presentes y símbolos y/o imágenes ligadas al sentir de la consultante, pero sin mayor profundización ni insistencia por parte de la terapeuta. Esto, posiblemente por las dificultades evidenciadas y detalladas más adelante. También es importante mencionar que todas las intervenciones de microproceso I correspondieron al subtipo de intervención que *'dirige la atención hacia el cuerpo vivenciado'*. Lo cual nos habla de la necesidad acortar la distancia con la sensación sentida, debido al grado con el cual la consultante se suele involucrar con el contenido expresado; una distancia de contacto

mayor a la adecuada. Ahora, fue posible apreciar que posterior a la intervención orientada al focusing aumentó la intensidad de contacto con la experiencia, más aún, esto no significó un trabajo de contacto con la sensación sentida, dado que, este tipo especial de contacto requiere por el contrario, una intensidad tenue pero con un alto grado de complejidad. De hecho, algunos indicadores de contacto observados fueron: estar ahogada con los sentimientos, tensión e incomodidad ante las emociones y sensaciones que emergen del cuerpo vivenciado, y perder el contacto emocional con facilidad. Por lo que, se hace necesario considerar a futuro un trabajo dirigido hacia ese modo de contacto intenso/desbordado que emerge cuando se realizan subtipos de intervenciones de microproceso I.

Las intervenciones de microproceso II, intentaron guiar el proceso de formación de la sensación sentida, pero ninguna logró desplegar sus cuatro componentes (emoción, sensación corporal, situación y símbolos). Probablemente, al ser una fase bastante temprana del proceso, sólo se alcanzó a identificar desde cuál componente la consultante comienza su relato (generalmente desde una situación externa vivenciada) y evaluar hacia dónde sería favorable guiar la atención. Y, según lo observado, la terapeuta intentó prestar atención a lo afectivo realizando intervenciones del subtipo que *'evoca los componentes ausentes'*, siendo el componente emocional aquel punto donde comúnmente el proceso quedó estancado. Por tanto, un desafío para la implementación de estas intervenciones es la dificultad de la consultante en experimentar emociones, requiriendo que se facilite el flujo emocional con una intensidad leve donde sea posible adoptar un lugar de observador, para así realizar un proceso autoexploratorio fructífero.

Respecto de la ausencia de intervenciones de microproceso III, se puede especular que probablemente no se alcanzaron a desarrollar debido al cierre anticipado del proceso de terapia, sumado a una posible postura empática desarrollada por la terapeuta que no profundiza en las interferencias que emergen en sesión. Más aún, sería interesante conocer que tan efectiva sería una implementación temprana durante el proceso de terapia, pues, si fue posible observar durante las primeras sesiones algunos caracteres interfirientes, como por ejemplo: sentimiento abrumador o angustioso frente a lo emocional, la risa y la minimización. Los dos últimos como intentos de disimular, enmascarar y desconectarse del propio sentir.

En síntesis, parece relevante buscar el mejor modo de trabajar la distancia con la sensación sentida y la exploración del componente emocional, desde la empatía con la consultante. Dado que, las personas que se orientan a apegos inseguros/evitativos poseen estrategias de distanciamiento que operan de forma contraproducente al

ejercicio de autoexploración y contacto con la sensación sentida, como una manera defensiva de desenvolverse en el ámbito intrapersonal.

En cuanto al tercer objetivo específico, es posible señalar que los contenidos trabajados en terapia fueron congruentes con dificultades esperables de encontrar en formas de apego más inseguras/evitativas. Debido a que la consultante evidenció en su relato memorias autobiográficas, episódicas y procedurales que representaban a los otros como insensibles ante su necesidad de cercanía (Oliva, 2004) comprendiendo que no cuenta con apoyo (Ortiz-Granja, Lepe-Martínez, Del Valle, Cadena, López, Hinojosa, Ramos-Galarza, 2019), pues, los otros desaprueban y no atienden su sentir (Mikulincer & Shaver, 2016). Así, una de las principales dificultades observadas fue en términos interpersonales, donde la consultante refiere ser bien superficial en sus vínculos e inhibir la búsqueda de proximidad, teniendo muy pocas amistades y ciertas dificultades para integrarse a los grupos de trabajo en la universidad, además de presentar conflictos vinculares con la madre. Respecto a esto último, refirió la constante sensación de sentirse criticada teniendo cierto resquemor y/o miedo ante la reacción de la madre al expresarle sus sentimientos. Por otro lado, la consultante evidenció rechazo hacia la ayuda monetaria por parte de la madre, lo que podría ser interpretado como una actitud inclinada a la autosuficiencia, queriendo arreglárselas por sí sola en una situación económica que la tiene bastante afectada emocionalmente. Esto tiene sentido en personas que tienden hacia lo evitativo, pues, suelen percibir la búsqueda de apoyo en tiempos de necesidad como incómoda y contradictoria al sentido de fuerza e independencia, prefiriendo la distancia emocional e interpersonal usando estrategias de desactivación para lidiar con la inseguridad y angustia en momentos difíciles (Cassidy, 1994; Park, Crocker & Mickelson, 2004; citados en Mikulincer & Shaver, 2016). Por otra parte, la situación actual de la consultante es de alta carga emocional y desgaste físico, que ella traduce como año de supervivencia, no reconociendo límites saludables para sobrellevar ese peso y cansancio que registra en el cuerpo, ni tampoco midiendo el impacto a nivel personal/emocional. Lo que se podría entender como una estrategia de afrontamiento que niega el estrés, desviando la atención mediante una desconexión cognitiva que minimiza sus sensaciones corporales, e infla la propia imagen desde un lugar de superioridad que puede con todo (Feeney, 1998; López, Mauricio, Gormley, Simko & Berger, 2001; Marshall, Serran & Cortoni, 2000; Shapiro & Levendosky, 1999).

Cabe señalar que, a pesar de sus dificultades interpersonales, no se encontraron señales que pudieran dar cuenta de un apego inseguro hacia la terapeuta, por el contrario, la consultante se mostró colaborativa dentro de sus propias posibilidades de

abordar temas difíciles de explorar, refiriendo incluso al final de la tercera y última sesión: “Me encanta venir aquí”. De modo que, al parecer el espacio de terapia fue vivenciado como un lugar de catarsis donde pudo expresarse gracias a la interacción psicoterapéutica, transitando una alta intensidad emocional que fue contenida bajo una “actitud de focusing” por parte de la terapeuta.

Otra dificultad observada fue a nivel de expresión verbal de los sentimientos y de conexión experiencial con éstos, siendo los indicadores del modo de expresarse grandes protagonistas para evidenciar de mejor manera el tipo de regulación emocional de la consultante, quién solía transmitir mucho a nivel corporal. Respecto a los indicadores se podría decir lo siguiente: Primero, la consultante hizo uso de un lenguaje circunstancial centrándose principalmente en el contexto de la situación, eludiendo los sentimientos relativos a los hechos que cuenta. De hecho, se observó que solamente en una oportunidad (a lo largo del todo el proceso de terapia) se habló directamente de lo emocional, donde la consultante describió y diferenció cómo vivencia dos emociones (rabia y pena), más aún, se refirió a ellas de un modo distante afectivamente sin conectar desde el cuerpo vivenciado. En esta línea, estudios en apego evitativo han descubierto la falta de acceso consciente a las emociones y una carente abstracción emocional, vale decir, baja capacidad de reflexionar sobre temas emocionales mientras se habla de experiencias personales (Buchheim & Mergenthaler, 2000). No obstante, la consultante sí muestra cierto nivel de capacidad para identificar y describir emociones a diferencia de la orientación categóricamente evitativa (Hexel, 2003; Mallinckrodt & Wei, 2005; Montebanocci, Codispoti, Baldaro & Rossi, 2004; Picardi, Toni & Caroppo, 2005; Troisi, D'Argenio, Peracchio & Petti, 2001; Wearden, Lambertson, Crook & Walsh, 2005; citados en Mikulincer & Shaver, 2016). Por lo que, se podría hipotetizar que el lenguaje circunstancial sería una estrategia de distanciamiento para no acceder a contenidos afectivos manteniendo un estado de desconexión con el sentir. Segundo, los aspectos no verbales develaron gran parte del mensaje expresado a nivel implícito, posibilitando una comprensión algo más clara de lo que estaba experimentando internamente la consultante en sesión. Por lo que, es fundamental dar relevancia a este hallazgo del estudio, remarcando que fue este indicador de análisis quién entregó señales corporales pre-conceptuales que comunicaron emociones y sensaciones que la consultante intentó enmascarar. En esta línea, estos aspectos mostraron de algún modo una pauta o dirección sobre aquellos significados implícitos que hay que atender, para así poder generar una distancia adecuada con la sensación sentida, guiar el proceso de formación con sus cuatro componentes y lidiar con las interferencias. Tercero, la cualidad del sentir

evidenció de manera transversal en las sesiones tres indicadores de dificultad en la autoexploración de la experiencia emocional: nerviosismo, tensión e incomodidad. Lo que da cuenta de una forma de manejar lo afectivo con baja probabilidad de integrar la experiencia emocional en la memoria (Cassidy, 1994), siendo un desafío terapéutico lograr que el ejercicio autoexploratorio orientado al focusing sea usado naturalmente por personas con este tipo de orientación en el apego.

En suma, a partir del modo de expresarse de la consultante, fue posible dar cuenta de su modo de regulación emocional, que pasa de un distanciamiento a una alta intensidad emocional que la abrumó, huyendo prontamente con distintos recursos: humor, minimización y seriedad. Posiblemente como una manera de regulación personal que la mantiene protegida de entrar en una autoexploración no deseada. Más aún, cabe resaltar que este modo de regulación emocional no es categórico de una orientación evitativa de apego, ya que, la particularidad defensiva en lo evitativo inhibe estados emocionales que son incongruentes con el objetivo de mantener el sistema de apego desactivado, lo cual implica no arriesgarse a permitir que la emoción fluya libremente y sea reconocida conscientemente (Main & Weston, 1982). Es decir, muy difícilmente logra contactar con sus sentimientos y si alude a ellos lo suele hacer de un modo muy distante afectivamente. De modo que, la consultante no desplegó una forma “efectiva” de desactivación del sistema de apego, más si tendió a la desactivación, usando con posterioridad al contacto esfuerzos por minimizar, enmascarar y desconectarse del sentir. Lo cual se observó desde un registro principalmente corporal.

Ahora, este modo de regulación emocional brinda riqueza al análisis del presente caso, debido que, la consultante hizo uso de una estrategia de distanciamiento parcial y tardía, puesto que, la distancia solo se cumple hasta cierto grado y la desconexión ocurre luego del contacto emocional. Lo que se podría explicar desde una comprensión dimensional del constructo apego, el cual iría desde un continuo de apego seguro (como base) a uno inseguro (en sus distintas formas; ansioso, evitativo y desorganizado). Y dependiendo de cómo se pongan en juego las tres dimensiones del apego (ansiedad, dependencia y cercanía) será posible dar cuenta del tipo de orientación en el apego de las personas, la que no corresponde a una posición fija dentro del continuo, ni tampoco equivaldría a un modo idéntico de regulación emocional por quienes comparten una misma orientación en el apego.

Así, cabe recordar que en la Escala AASR la presente consultante tuvo puntuaciones moderadas en las dimensiones dependencia (relacionada a contar con los otros) y cercanía (relativa a la comodidad con los otros). Lo que no es menor,



considerando que la intensidad emocional en sesión suele emerger justamente al abordar problemáticas interpersonales con la figura de apego materna. Cuyos tópicos estaban ligados a su necesidad de cercanía y apoyo, lo que era rechazado a pesar de ser algo que la afecta en su día a día, ya que, refiere extrañar bastante a sus seres queridos e inicialmente viajar frecuentemente hasta allá. Como también refiere restarse de ir los próximos meses y negarse a recibir ayuda económica. Lo cual es un aspecto, que suele presentarse en apegos de tipo evitativo, pues según Rossetti y Botella (2017) de manera ambivalente temen y al mismo tiempo desean vincularse emocionalmente. Por lo tanto, se podría hipotetizar que al no lograr una inhibición emocional total frente a situaciones donde se ponen en juego estas dimensiones, conectando con memorias y experiencias dolorosas con las que se abruma, y activando recién allí una estrategia de distanciamiento como esfuerzo para desconectarse de su sentir.

En resumen, teniendo en consideración las dificultades a nivel interpersonal, más un tipo de afrontamiento con distanciamiento al contacto emocional, que si bien no condice con la estrategia secundaria característica de lo evitativo si tiende hacia una desactivación, es posible reconocer un grado de representatividad suficiente para establecer este caso como una aproximación a la orientación evitativa en el apego.

Finalmente, el cuarto objetivo específico nos abre la discusión sobre el uso de las intervenciones orientadas al focusing en el caso de una consultante con aproximación a la orientación evitativa en el apego. Sobre lo cual podemos decir: En el intento de hacer converger en algún punto la *“Teoría del Apego en Adultos”*, *“Focusing”* y la *“Teoría del Cambio de la Personalidad”* de Gendlin (1964/2000), las intervenciones orientadas al focusing podrían ser percibidas como invitaciones a desafiar a la consultante con aproximación evitativa en el apego, a una autoexploración particular que ponga en cuestión sus maneras usuales de relacionarse con los otros y consigo misma emocionalmente. Pudiendo derivar en una auto-actualización en la medida en que la consultante pueda vivenciar sus emociones y sus relaciones interpersonales de un modo significativamente distinto a su modelo de trabajo más prototípico (Daniel, 2006). Lo cual implica una comprensión del modelo de trabajo de la consultante que no queda limitado a las experiencias iniciales primarias, sino que, con carácter dinámico a lo largo del ciclo vital, dónde la interacción psicoterapéutica es fundamental para la correulación emocional y la experiencia emocional “correctiva”. Sin embargo, esto no alcanzó a ser observado durante las sesiones.

En cuanto a esto último, cabe preguntarse por el cierre anticipado del proceso, el cual inicialmente contaba con 8 sesiones más solo se llevaron adelante 3 de éstas.

Al respecto, los estudios de Green (2019) arrojaron que no hay resultados concluyentes entre la orientación en el apego y la terminación prematura o la tasa de sesiones de terapia perdidas, por tanto, la orientación evitativa en sí misma no podría ser considerada un factor predictivo. Así, la hipótesis planteada por la investigadora es un Sesgo contextual (factor externo a la terapia), en vista de la situación actual de la consultante, que se vincula con la inestabilidad y la angustia de buscar un lugar donde vivir durante los próximos meses, donde una de las posibilidades para resolver este asunto es volver a su lugar de origen, lo cual en términos de distancia impediría continuar con el proceso de psicoterapia presencial. Además, en reiteradas ocasiones ella dio cuenta de poca claridad respecto de la cantidad de sesiones totales del proceso, mostrándose perdida en cuanto a la investigación mayor. De modo que, un sesgo contextual podría ser una hipótesis factible respecto del motivo del abandono.

## **CONCLUSIÓN**

A partir del presente estudio de caso, se hallaron interesantes elementos que permitieron dar cuenta de algunos aspectos importantes para considerar en la implementación de las intervenciones orientadas al focusing en consultantes con orientación evitativa en el apego. Más aún, antes de responder a la pregunta de investigación propiamente tal, es importante reconocer el alcance de estos hallazgos y algunas limitaciones metodológicas del estudio.

En primer lugar, cabe recordar que el análisis es desarrollado a partir de un caso clínico como aproximación a la orientación evitativa en el apego. Esto, producto de un accidente muestral, pues, se contó con una muestra predefinida perteneciente a una investigación mayor, la cual arrojó muy bajas posibilidades de seleccionar un caso que estuviese claramente situado en el espectro evitativo del apego. Ahora, este tipo de accidentes es un hecho bastante común en investigación, donde se suele partir con una idea inicial pero la realidad hace adecuar el estudio a las características de la muestra que fue posible acceder. Además, es importante tener en consideración que es una población con tendencias más débiles a buscar ayuda (Mikulincer & Shaver, 2016), y por ende, consultan menos psicoterapia. Por consiguiente, es muy rescatable el valor de tener este caso como una aproximación, ya que, permitió generar un análisis cualitativo respecto de los desafíos terapéuticos en relación a la implementación de las intervenciones orientadas al focusing en esta particular orientación en el apego. Esto, gracias a que el caso fue atractivo por los tópicos abordados en sesión que evidenciaron

memorias autobiográficas, episódicas y procedurales esperables de un modelo de trabajo orientado a lo evitativo, y, por el particular modo de regulación emocional, que tendía hacia la desactivación frente a la esfera emocional. Por tanto, reunía ciertas condiciones suficientes de representatividad para observar y discutir el interesante fenómeno del proceso experiencial en una consultante que tiene un sesgo atencional de su experiencia emocional y dificultad para contactar con su sensación sentida.

En segundo lugar, cabe señalar que se desconocen estudios que evalúen y evidencien la eficacia de las intervenciones orientadas al focusing en casos con apegos inseguros/evitativos, como tampoco existen instrumentos disponibles y validados previamente para evaluar tipos de intervenciones orientadas al focusing. Más aún esto no da cuenta de la no pertinencia del estudio, sino que por el contrario, de lo necesario que era comenzar a realizar investigaciones en esta línea. En consecuencia, el presente estudio se caracteriza por ser sumamente novedoso y actualizado, permitiendo acercarse de manera exploratoria y descriptiva a un fenómeno del cual no se tienen antecedentes. Aportando con un instrumento observacional que podría ser validado en futuras investigaciones que se realicen en esta línea.

En tercer lugar, otra limitación importante fue que el término prematuro del proceso de psicoterapia no permitió sacar mayores conclusiones sobre el formato de psicoterapia breve de 8 sesiones. Ahora, en psicoterapia existe una heterogeneidad de razones sobre la decisión unilateral de abandonar de la terapia que no necesariamente implican un fracaso (O'Keeffe, Martin, Target & Midgley, 2019) o un impacto negativo en los resultados del tratamiento de salud mental (Swift y Greenberg, 2012; Swift, Greenberg, Tompkins y Parkin, 2017; citado en Green, 2019). Puede involucrar otras razones significativas que exceden del control de los terapeutas, o que se vinculan con la sensación de completar los objetivos propuestos según las expectativas personales del consultante, que no se deben pasar por alto (Green, 2019). Al respecto, tal como se abordó en el apartado de discusión, se podría especular que el motivo del cierre anticipado fue ocasionado por un sesgo contextual dado a la inestabilidad económica y habitacional de la consultante, junto con poca claridad respecto de en qué consiste un proceso terapéutico y cómo funcionaba la investigación mayor. En consecuencia, solo se analizó una fase de trabajo inicial (las tres primeras sesiones del proceso), lo cual hizo difícil llevar adelante un análisis más completo en torno a los desafíos psicoterapéuticos en la implementación de las intervenciones orientadas al focusing durante el proceso de psicoterapia breve. Siendo preciso delimitar los hallazgos de este estudio de caso hacia una comprensión preliminar, descriptiva y exploratoria que señala

algunos elementos importantes a considerar por parte de los psicoterapeutas que trabajen con un enfoque experiencial.

En definitiva, teniendo en consideración todo lo anterior, es preciso responder la pregunta de investigación de este estudio: ¿Cómo se implementan las intervenciones orientadas al focusing en la psicoterapia experiencial breve de una consultante con aproximación a la orientación evitativa en el apego? Y podemos decir lo siguiente: El modo de implementación de las intervenciones orientadas al focusing se debe comprender dentro de un marco relacional depositando gran relevancia a la interacción terapéutica, la que propone desafíos tanto para la terapeuta como la consultante. Así, la terapeuta debe reconocer las especificidades de la orientación evitativa de apego de la consultante en su esfera interpersonal y emocional, desarrollar una distancia terapéutica afín acomodándose a los ritmos de la consultante y a los momentos del proceso en particular. Observar y escuchar el lenguaje implícito del cuerpo apreciado en distintos indicadores del modo de expresarse, para así entender de mejor manera la forma de contacto con la experiencia del consultante. Y complementar la práctica clínica con intervenciones psicoeducativas de carácter emocional, pues, son beneficiosas en preparar el terreno para una post-exploración a nivel más profundo. Funcionando como una herramienta que ayuda y enseña a la consultante a desarrollar una actitud de focusing y una comprensión de los procesos internos a nivel emocional, lo que es indispensable para llevar adelante procesos de autoexploración complejos que presten atención a la experiencia sentida en el cuerpo vivenciado. Todo esto, mientras la terapeuta este en contacto con su cuerpo desde una resonancia corporal acerca de la total persona que es la consultante, pues, las “técnicas terapéuticas” son implementadas a partir de la resonancia implícita dada en la interacción (Leijssen, 1998). La consultante por su parte, debe enfrentarse a la dolorosa autoexploración que conlleva recordar experiencias preferiblemente olvidadas, confrontar problemas actuales, vivenciar emociones a su propio ritmo y abordar perplejidades que no ha podido enfrentar, manejar o comprender sola. Todo esto, para desarrollar una mayor comprensión sobre el propio modelo de trabajo, visibilizando que aunque haya sido adaptativo anteriormente, hoy puede ser modificado aprendiendo nuevas maneras de lograr que la intimidad sea más cómoda y la autonomía más flexible, encaminándose hacia la auto-actualización o crecimiento personal (Mikulincer & Shaver, 2016).

Ahora, estos son importantes elementos a considerar que nos abren aún más preguntas como por ejemplo: ¿Qué otras cuestiones podrían ser importantes a considerar en la implementación de las intervenciones orientadas al focusing en una

consultante con orientación evitativa en el apego? ¿Se alcanza a llevar adelante un proceso autoexploratorio profundo en psicoterapias breves considerando los hallazgos sobre la distancia terapéutica planteada por Daly y Mallinckrodt? ¿Qué tan efectiva podría ser la implementación relativamente temprana de intervenciones de microproceso III durante el proceso de terapia y qué particularidades podría tener en casos con orientación de apego evitativo? ¿Cómo se implementan las intervenciones de microprocesos del focusing en fases de trabajo más avanzadas del proceso psicoterapéutico con estos consultantes? ¿Cómo influye el tipo de apego del terapeuta en la corregulación emocional en procesos psicoterapéuticos con consultantes con apegos inseguros? ¿Cómo afecta el sesgo atencional a nivel cerebral durante un ejercicio de focusing? ¿Qué tan eficaces son las intervenciones de microprocesos del focusing para generar cambios en los modelos de trabajos de consultantes con orientación hacia lo inseguro/evitativo?

Vale decir, es necesario seguir fortaleciendo el desarrollo teórico y empírico sobre estos temas, donde algunas proyecciones a futuro podrían estar encaminadas a estudios que puedan responder a estas preguntas. Intentando así, dilucidar cómo afrontar los diversos desafíos sobre el modo de implementación de las intervenciones orientadas al focusing en un caso categóricamente situado dentro del espectro evitativo, y ver las diferencias con otras orientaciones de apego también (apego, seguro, ansioso y desorganizado). Esto, para hacer más efectivos los procesos psicoterapéuticos posibilitando que aumente cada vez más su poder en términos de ser una “experiencia emocional correctiva” para los consultantes (Wang, Lin, Huang & Yeh, 2012). Sin perder de vista, el axioma centrado-en-el-cliente pues, a pesar de las intenciones como terapeutas en guiar a los consultantes hacia una introspección más eficaz, debemos ser humildes y recordar que la interacción no debe ser directiva, ya que, son los consultantes quienes señalan las direcciones. En otras palabras, las ‘técnicas’ no son sólo métodos de escucha y guía, sino también respuestas auténticas hacia la persona del cliente” (Wiltschko 1995, p.2 y 6). Pues, en una psicoterapia orientada al focusing, el terapeuta anima al consultante a escucharse con una atención amistosa que cuide lo que surge desde su interior, siendo esto último lo que define la actividad del terapeuta, la relación y el proceso de la consultante (Gendlin 1996). Lo que implica estar alertas como terapeutas para reconocer los momentos en que un microproceso necesita ser asistido y como lo aborda el o la consultante desde su propia singularidad. Recordando además que las habilidades esenciales del terapeuta no son las técnicas o los conocimientos, sino las cualidades humanas (Rogers, 1965).

## REFERENCIAS

- Alemaný, C. (2007). *Manual práctico del Focusing de Gendlin*. Bilbao: Ed. Desclée
- Alemaný, C. (2011). De la psicoterapia experiencial al focusing: La trayectoria de Eugene Gendlin. *Miscelánea comillas*, 69(135), 443-469.
- Avihou, N. (2006). *Attachment orientations and dreaming: An examination of the unconscious components of the attachment system*. Unpublished doctoral dissertation, Bar-Ilan University, Ramat Gan, Israel.
- Avilés, T. (2015). *Diagnóstico procesal experiencial: Un modelo preliminar de diagnóstico consistente con la teoría de E. Gendlin para el uso de focusing en psicoterapia*. Santiago, Chile.
- Barceló, T. (2008). La filosofía de lo implícito de Eugene Gendlin. *Miscelánea Comillas*. 66(126), 413-438.
- Barceló, T. (2015). La creación de significado, el modelo de filosofía experiencial del lenguaje de Eugene T. Gendlin. *Miscelánea Comillas* 73(142), 5-34.
- Benlloch Bueno, S. (2020). Teoría del Apego en la Práctica Clínica: Revisión teórica y Recomendaciones. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 169-189. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.348>
- Bohart, C., Elliot, R., Greenberg, L. y Watson, J. (2002). Empathy. En Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (89-108). Oxford, England: Oxford University Press.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). New York: Basic Books. (Original work published 1969)
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Book
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3 Loss*. New York: Basic Books.
- Buchheim, A., & Mergenthaler, E. (2000). The relationship among attachment representation, emotion-abstraction patterns, and narrative style: A computer-based text analysis of the Adult Attachment Interview. *Psychotherapy Research*, 10, 390– 407.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 228– 283.

- Collins, N. L. (1996). Modelos de trabajo de apego: implicaciones para la explicación, la emoción y el comportamiento. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 71, 810-832.
- Collins, N. L. & Read, S. J. (1994). Representaciones cognitivas del apego adulto: la estructura y función de los modelos de trabajo. En K. Bartholomew y D. Perlman (Eds.), *Avances en las relaciones personales: Procesos de apego en la edad adulta* (5) 53 - 90. Londres: Jessica-Kingsley.
- Daly, K. y Mallinckrodt, B. (2009). Experienced Therapists' Approach to Psychotherapy for Adults with Attachment Avoidance or Attachment Anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, 56(4), 549-563.
- Daniel, S. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 26, 968-984.
- Dykas, M. J., & Cassidy, J. (2011). Attachment and the processing of social information across the lifespan: Theory and evidence. *Psychological Bulletin*, 137, 19-46.
- Eagle, M. N. (2017). Attachment theory and research and clinical work. *Psychoanalytic Inquiry*, 37(5), 284-297.  
<https://doi.org/10.1080/07351690.2017.1322420>
- Edelstein, R. S. (2006). Attachment and emotional memory: Investigating the source and extent of avoidant memory impairments. *Emotion*, 6(2), 340-345.  
<https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.2.340>
- Feeney, J. A. (1998). Adult attachment and relationship-centered anxiety: Responses to physical and emotional distancing. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 189–219). New York: Guilford Press.
- Fernández, A. M., & Dufey, M. (2015). Adaptación de la escala tridimensional del apego adulto revisada de Collins al contexto chileno. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 28 (2), 242-252.
- Ferrada, J. (2019). Sobre la noción de cuerpo en Maurice Merleau-Ponty. *Revista Cinta de Moebio*, 65: 159-166.
- Focusing España (s. f.) ¿Qué es Focusing? The international Focusing Institute.  
<https://www.focusing.es/focusing-es.html>
- Geller, J. D., y Faber, B. A. (2015). Attachment style, representations of psychotherapy, and clinical interventions with insecurely attached clients. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 457-468.

- Gendlin, E. T. (1969). «Focusing». *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 6(1), 4-14.
- Gendlin, E. T. (1978). *Focusing: Proceso y técnica del enfoque corporal*. Bilbao, España: Mensajero.
- Gendlin, E. T. (1964/2000). Una teoría del cambio de la personalidad (E. Riveros Trad.). En: E. Riveros (Ed.) *El nuevo paradigma del experiencing* (pp. 63-160). Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Gendlin, E. T. (1981). *Focusing* (Rev. Ed.). New York: Bantam Books.
- Gendlin, E. T. (1984). *The client's client: The edge of awareness*. In F. R. Levant & J. M. Shlien (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice* (pp. 76-107). New York: Praeger.
- Gendlin, E. T. (1992/2008). "The primacy of the body, not the primacy of perception: How the body know the situation and philosophy" (L. Robles Trad.). *Man and World*, 25(3-4), 341-353.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing- Oriented psychotherapy: a manual of the experiential method*. New York: Guilford Press.
- Gendlin, E. T., Grindler, D., & McGuire, M. (1984). Imagery, body, and space in focusing. In AA. Sheikh (Ed.), *Imagination and healing* (pp. 259-268). New York, NY: Baywood.
- Green, J. (2019). Adult Attachment Style and the Therapeutic Alliance as Predictors of Premature Therapy Termination: A Retrospective Chart Review. *Doctoral Dissertations*. 2202.
- Gummesson, E. (1991). *Qualitative Methods in Management Research*. Sage Publications, Newbury Park, California.
- Hardy, G. E., Aldridge, J., Davidson, C., Rowe, C., Reilly, S. y Shapiro, D. A. (1999). Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client-identified significant events in psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9(1), 36-53. <https://doi.org/10.1080/10503309912331332581>
- Hexel, M. (2003). Alexithymia and attachment style in relation to locus of control. *Personality and Individual Differences*, 35, 1261–1270.
- Hill, C. E., Carter, J. A., & O'Farrell, M. K. (1983). A case study of the process and outcome of time-limited counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 30(1), 3–18.



- Howarth, A. y Bedi, R. (2002). The Alliance. En Corcross (ed.) *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (37-69). Oxford, England: Oxford University Press.
- Iberg, J. R. (1981). Focusing. In R. J. Corsini, *Handbook of innovative psychotherapies* (pp. 344-361). New York: Wiley
- Johnson, S. (2009). Attachment Theory and Emotionally Focused Therapy for Individuals and Couples. En Obegi, J. H. y Berant, E. (Ed.), *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults* (410-433). New York: The Guilford Press.
- Katonah, D. G. (2010). Direct engagement with the cleared space in psychotherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 9, 157- 168.
- Krycka, K. C. & Ikemi, A. (2016). 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.
- Lara, S. (2013). *Explorando la persona del psicólogo, su sí mismo, a través de sus relatos vivenciales, acercamiento desde la teoría humanista experiencial*. (Tesis Doctoral). Universidad de Santiago de Chile, Chile.
- Lara, S. (2016). La sensación sentida. No publicado.
- Larose, S., & Bernier, A. (2001). Social support processes: Mediators of attachment state of mind and adjustment in late adolescence. *Attachment and Human Development*, 3, 96–120.
- Lawson-McConnell, R. (2018): The role of corrective emotional experiences in the counsellor-client attachment: a model for processing emotions in therapy, *British Journal of Guidance & Counselling*. <https://doi.org/10.1080/03069885.2018.1461194>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leijssen, M. (1990). On focusing and the necessary condition of therapeutic personality change. In G. Liertaer, J. Roumbauts, & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 225-250). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Leijssen, M. (1998/2006). Los microprocesos del focusing. (L. Robles, Trad.) En L. Greenberg, J. Watson, & G. Liertaer (Eds.), *Experiential Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

- Leijssen, M. (2007). Making space for the inner guide. *American Journal of Psychotherapy*, 61, 255-270.
- Li, S., Han, S., Wang, X., Guo, Z., Gan, Y., & Zhang, L. (2021). The influence of risk situation and attachment style on helping behavior: An attentional bias perspective. *Personality and Individual Differences*, 168, 110357. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110357>
- Liu, Y., Ding, Y., Lu, L., & Chen, X. (2017). Attention Bias of Avoidant Individuals to Attachment Emotion Pictures. *Scientific reports*, 7, 41631. <https://doi.org/10.1038/srep41631>
- Liu, Y., Ding, Y., Lu, L., & Chen, X. (2020). Attachment and autobiographical memory retrieval: Event-related potential evidence from strategic information processing. *Consciousness and Cognition*, 8, 102980. <https://doi.org/10.1016/j.concoq.2020.102980>
- López, A (2018). Psicoterapia experiencial orientada al focusing: una visión general. *Revista de psicoterapia*, 29(110), 241-256.
- López, F. G., Mauricio, A. M., Gormley, B., Simko, T., & Berger, E. (2001). Adult attachment orientations and college student distress: The mediating role of problem coping styles. *Journal of Counseling and Development*, 79, 459–464.
- Lopez, F. G., Melendez, M. C., Sauer, E. M., Berger, E., & Wyssmann, J. (1998). Internal working models, self-reported problems, and help-seeking attitudes among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 79–83
- Madison, G. (2014). *Theory and practice of focusing-oriented psychotherapy: Beyond the talking cure*. London: Jessica Kingsley.
- Main, M., & Weston, D. R. (1982). Avoidance of the attachment figure in infancy: Descriptions and interpretations. In C. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.). *The place of attachment in human behavior* (pp. 31–59). New York: Basic Books.
- Marshall, W. L., Serran, G. A., & Cortoni, F. A. (2000). Childhood attachments, sexual abuse, and their relationship to adult coping in child molesters. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 12, 17–26.
- Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 262-270
- Mallinckrodt, B., & Wei, M. (2005). Attachment, social competencies, social support, and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 358–367.

- Mearns, D. y Cooper, M. (2005). *Working at Relational Depth in Counselling and Psychotherapy*. London, England: Sage.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenología de la Percepción*. París, Francia: Gallimard.
- Mikulincer, M. (1998). Adult attachment style and affect regulation: Strategic variations in self-appraisals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 420–435.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in Adulthood, Second Edition: Structures, Dynamics and Changes*. New York: Guilford.
- Miller-Bottome, M., Talia, A., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Muran, J. C. (2019). Secure in-session attachment predicts rupture resolution: Negotiating a secure base. *Psychoanalytic Psychology*, 36(2), 132–138. <https://doi.org/10.1037/pap0000232>
- Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., & Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 36, 499–507.
- O’Keeffe, S., Martin, P., Target, M., & Midgley, N. (2019). ‘I just stopped going’: A mixed methods investigation into types of therapy dropout in adolescents with depression. *Frontiers in Psychology*, 10(75).
- Oliva, A. (2004). Estado Actual de la Teoría del Apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente*, 4(1), 65-81.
- Ortiz-Granja, D., Acosta-Rodas, P., Rubio, D., Lepe-Martínez, N., Del Valle, M., Cadena, D., López, E., Hinojosa, F., Ramos-Galarza, C. (2019). Consideraciones teóricas acerca del apego en adultos. *Avances en Psicología*, 27(2), 135-152..
- Pallini, S., Morelli, M., Chirumbolo, A., Baiocco, R., Laghi, F., & Eisenberg, N. (2019). Attachment and attention problems: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 74, 101772. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101772>
- Park, L. E., Crocker, J., & Mickelson, K. D. (2004). Attachment styles and contingencies of self-worth. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 1243–1254.
- Parker, R. (2007). *The Philosophy of the Implicit: An introduction to the work of Gene Gendlin* [Página web]. Recuperado de: <http://lifeforward.org/id2.html>
- Preston, L. (2014). *The Relational Heart of Focusing-Oriented Psychotherapy*. En G. Madison (ed.). *Theory and Practice of Focusing-Oriented Psychotherapy: Beyond the Talking Cure*. London, England: Jessica Kingsley Publishers.

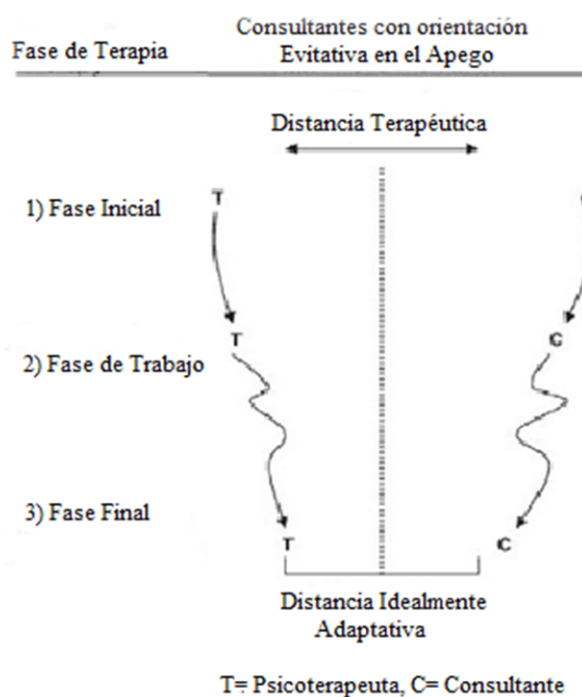
- Picardi, A., Toni, A., & Caroppo, E. (2005). Stability of alexithymia and its relationships with the "Big Five" factors, temperament, character, and attachment style. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 371–378.
- Priel, B., Mitrany, D., & Shahar, G. (1998). Closeness, support, and reciprocity: A study of attachment styles in adolescence. *Personality and Individual Differences*, 25, 1183–1197
- Raz, A. (2002). *Personality, core relationship themes, and interpersonal competence among young adults experiencing difficulties in establishing long-term relationships*. Unpublished doctoral dissertation, Haifa University, Haifa, Israel.
- Rice, L. N. (1984). Client Task in Client-Centered-Therapy. In R. F. Levant & J. M. Shlien (Eds.) *Client-centered Therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice* (pp.82-202). New York: Praeger
- Robles, L. (2006). La sensación con sentido: Sobre la traducción al español de la expresión "Felt Sense" (sensación sentida) de la Teoría del experiencing de Gendlin. Recuperado de [http://focusingexperiencial.blogspot.cl/2006/11/la-sensacin-con-sentido\\_18.html](http://focusingexperiencial.blogspot.cl/2006/11/la-sensacin-con-sentido_18.html)
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Cambridge, MA: Riverside Press
- Rogers, C. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1965). The therapeutic relationship: Recent theory and research. *Australian Journal of Psychology*, 17(2), 95-108.
- Rossetti, M., & Botella, L. (2017). Alianza terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVI (1), 19-30.
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre investigación y práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI, 261- 269.
- Schore, A. (2012). The science of the art of psychotherapy. Los Ángeles, CA: UCLA research presentation.
- Scott, H. (2011). The importance of attitude in focusing and focusing oriented therapy. Colegio de San Esteban, Edmonton, Canadá. Curso intensivo de FOT. <https://www.focusingtherapy.org/information-resources/articles/>

- Serván, I. (2018). Apego y psicoterapia en situaciones complicadas. *Revista de Psicoterapia*, 29 (111), 1-4. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i111>
- Shapiro, D. L., & Levendosky, A. A. (1999). Adolescent survivors of childhood sexual abuse: The mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning. *Child Abuse and Neglect*, 23, 1175–1191.
- Shaver, P., Collins, N., & Clark, C. (1996). Attachment styles and internal working models of self and relationship partners. In G.J.O. Fletcher & J. Fitness (Eds.), *Knowledge structures in close relationships: A social psychological approach* (pp. 25-62). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Soma, C. S., Baucom, B. RW., Xiao, B., Butner, J. E., Hilpert, P., Narayanan, S., Atkins, D. C. & Imel, Z. E. (2020). Corregulación de la emoción del terapeuta y el cliente durante la psicoterapia, *Investigación en psicoterapia*, 30(5), 591-603. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1661541>
- Stake, R. (2010). *Investigación con estudio de casos* (5a). Madrid: Morata.
- Steering Committee (2002). Empirically supported therapy relationships: conclusions and recommendations on the Division 29 task force. In: Norcross JC. (Ed.) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford; Oxford University Press.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–59.
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Tompkins, K. A., & Parkin, S. R. (2017). Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy*, 54(1), 47–57.
- Tryon, G. & Winograd, G. (2002). Goal Consensus and Collaboration. En Norcross (ed.) *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 109-125). Oxford, England: Oxford University Press.
- Troisi, A., D'Argenio, A., Peracchio, F., & Petti, P. (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 311–316.
- Wang, Y., Lin, Y., Huang, C. y Yeh, K. (2012). Benefitting from a different perspective: The effect of a complementary matching of psychological distance and

- habitual perspective on emotion regulation. *Asian Journal of Social Psychology*, 15(3).
- Wearden, A. J., Lambertson, N., Crook, L., & Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: An extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 279–288.
- Weiser, A. (1993). *The Focusing Guide's Manual*. Focusing Resources. 2625 Alcatraz Av. 202, Berkeley, CA 94705-2702.
- Weiser, A. (2016). *Focusing en la práctica clínica*. Bilbao, España: Desclée Brounwer
- Wiltchko, J. (1995). Focusing Therapy: Some basic statements. *The Folio: A Journal for Focusing and Experiential Therapy*. 14 (3), 1-12.
- Wolfenson, A. (2015). Explorando las bases de la psicoterapia experiencial. *Rev GPU*, 11(2), 168-174.

## ANEXOS

Figura 1. Manejo de la distancia terapéutica para facilitar una experiencia emocional correctiva en consultantes con orientación evitativa de apego (Daly & Mallinckrodt, 2009, p. 559).



*Nota.* La Figura 1 describe el modelo integral que los autores Daly y Mallinckrodt (2009) creen mejor en términos de la regulación de la distancia terapéutica según sus investigaciones. La figura se divide verticalmente en dos mitades que describen cómo los terapeutas manejan la distancia terapéutica con clientes que evidenciaron una orientación evitativa de apego (clientes R). Al respecto, los terapeutas consideraron la necesidad de mantener un nivel de distancia mayor inicialmente, intentando cerrar esta distancia insistiendo en un nivel más alto de intimidad en las sesiones a lo largo del proceso. Los terapeutas advirtieron que este proceso es difícil y puede abrumar a los consultantes temporalmente, provocando un fuerte aumento en la distancia que inyectan en las sesiones subsiguientes, simbolizado por las líneas de oscilación paralelas en la fase intermedia. Ahora, si el/la consultante comienza a responder favorablemente, es posible que un cliente con orientación evitativa de apego experimente una experiencia emocional correctiva que implica una mayor disposición a experimentar los riesgos de la intimidad emocional, primero con su terapeuta y después con otros significativos. Aunque tal como se observa en la fase final, el/la consultante puede funcionar a una distancia ligeramente fuera del rango ideal, indicando una tendencia hacia la evitación y desactivación difícil de renunciar por completo.

## TABLAS

Tabla 4. *Etapas del proceso experiencial y de cambio según Gendlin (1964)*

Etapas	Descripción
Referente Directo	Implica prestar atención a un significado sentido que surge en relación a una situación, donde se explicita lo implícito que se está viviendo de ese asunto, comenzando una simbolización sentida con símbolos verbales que aún no se ajustan a la experiencia en marcha.
Develación	Aquí se produce el proceso de simbolización propiamente tal. Aparecen símbolos (que pueden ser palabras, imágenes, una expresión corporal, etc.) que se cotejan con la vivencia que se está atendiendo, hasta encontrar aquellos que corresponden de forma precisa con el proceso experiencial en marcha.
Aplicación Global	En esta etapa del proceso se produce una asociación respecto a lo develado, conectando diferentes ideas, sensaciones, recuerdos, aprendizajes, etc., con una comprensión y entendimiento de la persona más general y global de la experiencia.
Movimiento del referente	Finalmente, ocurre un cambio corporalmente sentido que provoca una sensación de alivio y bienestar independiente de los resultados.



Tabla 5. *Pasos del Focusing desarrollados por Gendlin (1978)*

Pasos	Descripción
1. Despejar un espacio	Comienza tomando atención a lo presente, a la respiración, al cuerpo y al contexto. Luego se chequea la existencia de inquietudes, dificultades o problemas. Posteriormente se buscará generar una distancia o un espacio seguro entre el cuerpo y cada sensación que aparece. Para culminar este paso, se elige lo que se va a focalizar.
2. Invitar a que surja una sensación sentida	Aquí se acompaña a atender las sensaciones corporales que surgen al enfocar la situación elegida. En esta etapa surge la sensación sentida, al principio será difusa, vaga, y poco a poco se irá formando más claramente.
3. Encontrar un asidero	En este paso se busca un símbolo que logre darle una cualidad a su sensación, puede ser una palabra, una imagen, una emoción, una textura, un sabor, etc.
4. Resonar	La persona va resonando entre los símbolos que surgen y su sensación corporal, resonar es como un ir y venir entre la sensación y los símbolos, este proceso genera que algún momento estos símbolos se ajusten a la sensación corporal.
5. Preguntar	Cuando se ha encontrado el símbolo preciso, se hacen preguntas para lograr que lo implícito se despliegue. Las preguntas se realizan a la sensación, las respuestas deben surgir de desde ese lugar, es decir, desde la vivencia.
6. Recibir	Es el paso para cerrar el proceso de focusing, se invita a la persona a valorar lo que ha aparecido, se propone preguntar a la sensación sentida si requiere algo más.

*Nota.* El procedimiento del focusing consta de seis pasos que se ejecutan en la interacción psicoterapéutica de forma flexible y contextualizada con lo que va ocurriendo en sesión.

Tabla 6. Ejemplos de Subtipos de intervenciones de microprocesos del focusing según el modo de contacto del consultante

**Intervenciones de microproceso I:**

***Ayudan a encontrar una distancia adecuada para contactar con la sensación sentida***

Modo de Contacto del Consultante	Subtipo de intervención	Ejemplo del Subtipo de intervención
Quando están sintiendo muy poco o internamente desconectados y/o buscando significados fuera de sí mismo(a). Ej. "He estado leyendo y lo que me pasa podría tener relación con (...)"	1. Las que dirigen la atención hacia el cuerpo vivenciado.	" <i>Sigue tu respiración y date un momento para sentir cómo estás dentro de tu cuerpo</i> " (...) "¿ <i>Qué es lo viene cuando tu atención examina tu cuerpo?</i> "
Quando la experiencia se siente demasiado intensa o cercana. Ej. "No puedo parar de llorar, esto me sobrepasa completamente, solo quiero acostarme por un buen rato".	2. Las que ayudan a tomar distancia del cuerpo vivenciado	" <i>Podrías darle a ese problema un lugar en alguna parte de esta habitación (...)</i> Observa donde te gustaría ponerlo".
Puede ocurrir que una vez conseguida la distancia adecuada se pierda el contacto con la sensación sentida. Ej. "Bueno y eso, pero no creo que sea importante esa sensación"	3. Las que ayudan a sostener una distancia adecuada	" <i>Tómame un momento y pon tu mano en la zona de tu cuerpo donde sentías eso (...)</i> Dirige la respiración hacia ese lugar para sentir eso que vive ahí".
Quando hay muchos temas ocurriendo a la vez y es difícil centrarse en el aquí y ahora. Ej. "Esta semana ha pasado mucho".	4. Despejar un espacio	" <i>Ahora que tienes mayor claridad de lo que traes contigo ¿Qué te gustaría trabajar ahora?</i> "

**Intervenciones de microproceso II:**

***Guían el proceso de formación de la sensación sentida***

Modo de Contacto del Consultante	Subtipo de Intervención	Ejemplo del Subtipo de Intervención
Quando se habla constantemente desde un mismo componente de la sensación sentida o no se aborda uno. Ej. Hablar desde la situación externa vivenciada.	1. Aquellas que evocan los componentes ausentes de la 'ss'	"¿ <i>Qué cualidades emocionales sientes que están presentes ahora al contar esta situación?</i> " –ausencia de lo emocional–.
Quando es difícil experimentar uno de los componentes, no pudiendo contactar o hablar sobre éste (sensación, emoción, símbolos y/o situación externa vivenciada). Ej. "Constantemente me siento culpable y avergonzado cuando me acuerdo de eso".	2. Aquellas que facilitan movimiento entre los componentes de la 'ss'.	a) General: " <i>Si 'eso' pudiera hablar, ¿qué diría?</i> ", b) Específica: " <i>¿Cuál es la parte más de difícil de esto para ti?</i> ", c) Movimiento: " <i>¿Qué es lo que 'eso' necesita?</i> "

**Intervenciones de microproceso III:**

***Facilitan la receptividad lidiando con interferencias***

Modo de Contacto del Consultante	Subtipo de Intervención	<i>Ejemplo del Subtipo de Intervención</i>
<p>Voces críticas, culpabilizadoras, invalidantes, etc. Ej. "Generalmente escucho la voz de mi padre diciendome; no eres bueno para nada".</p> <p>Cuando el consultante se introyecta y apropia de una voz interfiriente. Ej. "Odio ser débil",</p>	<p>1. Las que identifican los caracteres interfirientes</p> <p>2. Las que ayudan a des-identificarse de los caracteres interfirientes</p>	<p><i>Parece que tienes una dificultad con este asunto, no seas tan duro contigo, intentemos resolverlo juntos"</i></p> <p><i>"Hay una parte de ti que no tolera la idea que sientas debilidad (...) Podrías dar una mirada y ver qué hay allí que quiere tu atención".</i></p>
<p>Cuando hay algo de la experiencia que es persistente en su intensidad o forma. Ej. "Generalmente se siente como un loro que me picotea la oreja".</p>	<p>3. Las que exploran la función de los caracteres interfirientes</p>	<p><i>"¿Podrías preguntarte porque esta reacción quiere estar contigo?"</i></p>
<p>Cuando se hace difícil el proceso de simbolización de una experiencia. Ej. "No sé muy bien cómo llamar a lo que me pasa, solo sé que se siente feo aquí en el pecho".</p> <p>Cuando parece estar dominado por el caracter interfiriente o éste cumple una función protectora. Ej. "Yo me conformé con ser razonable pero la verdad es que estoy enojado y es suficiente".</p>	<p>4. Las que dan forma a los caracteres interfirientes</p> <p>5. Las que asignan un nuevo lugar a los caracteres interfirientes</p>	<p><i>"Chequea si puedes ponerle alguna cara o forma a eso (...) ¿Cómo te sentirías dibujándolo?"</i></p> <p><i>"Ahora que tienes mayor consciencia respecto a este asunto ¿Qué deseas hacer con esto?"</i></p>
<p>Cuando no se aprecia otra manera de abordar una situación, teniendo la sensación de imposibilidad al cambio. Ej. "Estoy harta, siempre lo mismo, no puedo hacerlo de otro modo"</p>	<p>6. Las que toman la parte interferida</p>	<p><i>"Date un momento y recuerda cuando te sentiste así (...) si esto sucediera ahora, ¿De qué otro modo sientes que podrías abordarlo?"</i></p>

Nota. Esta tabla fue construida a partir de los conocimientos entregados por la autora Mia Leijssen en su texto "Focusing Microprocesses" (1998). Ahí, la autora realiza una descripción detallada sobre la práctica clínica orientada al focusing, abordando mediante varias viñetas ilustrativas cómo realizar diversos subtipos de intervenciones en relación a modo de contacto con la experiencia que presentan los consultantes y los tres tipos de microprocesos que ella misma categorizó.

Tabla 7. *Los microprocesos descritos por Leijssen (1998)*

Microprocesos	Descripción
Encontrando la distancia adecuada de una sensación sentida	En esta primera fase el consultante requiere la habilidad de encontrar y mantener una manera apropiada de relatar sus experiencias <i>relacionándose con el problema</i> siendo necesario una distancia adecuada entre sí mismo y la experiencia. Al respecto, es posible describir un continuo desde un proceso cerrado y abrumador (la distancia es demasiado pequeña) a un proceso fuera de contacto (la distancia es demasiado grande), donde el proceso medio sería “la distancia ideal” o más adecuada en focusing.
Desarrollando la sensación sentida con todos sus componentes	La sensación sentida se completa permitiendo que tenga lugar la conexión entre las sensaciones corporales, las emociones, las situaciones externas y los símbolos. Este proceso de despliegue termina en un sentimiento de alivio, una experiencia corporalmente sentida de algo que se ha liberado. En ocasiones los consultantes permanecen estancados en un componente y el terapeuta puede evocar componentes ausentes y generar movimiento.
Recibiendo plenamente la sensación sentida	Esta fase consiste en recibir todo lo que surge en el proceso de experimentar, y para ello el consultante debe mantener una actitud amistosa de bienvenida (actitud de focusing), sin juzgar ni limitar el contenido expresado. Pues, la consultante podría sentir rechazo hacia ciertos pensamientos que tiene sobre alguna situación, pero permanecer amigable con la parte de ella que sufre, siendo comprensiva con su sentir. Cuando no es posible acoger lo que surge internamente estamos frente a lo que llamamos caracteres interfirientes.

### Escala de Collins, 1996

Las preguntas que vienen a continuación apuntan a cómo se siente Ud. **generalmente** en **las relaciones cercanas importantes de su vida**. Piense en sus relaciones pasadas y presentes con personas que han sido especialmente importantes para Ud., tales como miembros de su familia, parejas románticas y amigos cercanos. Responda a cada afirmación en términos de cómo se siente Ud. **generalmente** en estas relaciones. Por favor utilice la escala de más abajo colocando un número entre 1 y 5 en el espacio que se encuentra a la derecha de cada afirmación.

- |     | 1-----2-----3-----4-----5<br>Para nada es<br>característico<br>de mí                                |       | Muy<br>característico<br>de mí |
|-----|---|-------|--------------------------------|
| 1)  | Encuentro que me es relativamente fácil acercarme a la gente.                                       | _____ |                                |
| 2)  | Me resulta difícil apoyarme en otros.   | _____ |                                |
| 3)  | A menudo me preocupa que los otros <u>no</u> me amen realmente.                                     | _____ |                                |
| 4)  | Encuentro que los otros <u>no</u> se acercan a mi tanto como yo quisiera.                           | _____ |                                |
| 5)  | Me siento cómodo apoyándome en otros.   | _____ |                                |
| 6)  | <u>No</u> me preocupa que la gente se acerque demasiado a mí.                                       | _____ |                                |
| 7)  | Encuentro que las personas nunca están ahí cuando las necesitas.                                    | _____ |                                |
| 8)  | Me siento algo <u>incómodo</u> estando cerca de otros.  | _____ |                                |
| 9)  | A menudo me preocupa que los otros <u>no</u> quieran quedarse conmigo.                              | _____ |                                |
| 10) | Cuando muestro mis sentimientos por otros me asusta que <u>no</u> sientan lo mismo por mí.          | _____ |                                |
| 11) | A menudo me pregunto si realmente les importo a las otras personas.                                 | _____ |                                |
| 12) | Me siento cómodo desarrollando relaciones cercanas con otros.                                       | _____ |                                |
| 13) | Me siento <u>incómodo</u> cuando cualquier persona se vuelve demasiado cercana emocionalmente a mí. | _____ |                                |
| 14) | Sé que las personas estarán ahí cuando las necesite.  | _____ |                                |
| 15) | Quiero acercarme a la gente pero me preocupa ser herido.  | _____ |                                |
| 16) | Encuentro difícil confiar completamente en otros.   | _____ |                                |
| 17) | A menudo las personas quieren que sea más cercano emocionalmente de lo que a mí me acomoda.         | _____ |                                |
| 18) | No estoy seguro de que siempre podré contar con las personas cuando las necesite.                   | _____ |                                |